COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX QUÉBÉCOIS 2015

Résultats et analyses

Québec

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX QUÉBÉCOIS 2015

Résultats et analyses

Québec

RÉALISATION

Commissaire à la santé et au bien-être
Robert Salois

Directrice générale
Anne Robitaille

Commissaire adjointe à l'éthique
et à l'appréciation
Ghislaine Cleret de Langavant

Rédaction
Kadiatou Sow
Agente de recherche

Avec la collaboration de
Olivier Sossa
Coordonnateur des travaux d'appréciation

Geneviève Tremblay
Agente de recherche

Alexandre Warren
Agent de recherche

Graphisme
Concept de la couverture
Côté Fleuve

Grille intérieure et infographie
Pouliot Guay graphistes

Révision linguistique
Mélissa Guay

Édition
Anne-Marie Labbé
Elaine Bernier

Le présent document est disponible dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être : www.csbe.gouv.qc.ca.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

© Gouvernement du Québec, 2015

Tous droits réservés pour tous pays.
La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales
du Québec, 2015

ISBN : 978-2-550-72999-0 (PDF)

REMERCIEMENTS

La production de ce rapport résulte de la participation de plusieurs collaborateurs. Nous tenons à souligner l'importance de la contribution de M. François Champagne, M. André-Pierre Contandriopoulos et M^me^ Geneviève Ste-Marie, tous rattachés à l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal, pour leur apport substantiel à notre démarche et leur soutien scientifique. Nous tenons aussi à remercier particulièrement les personnes suivantes :

Isabelle Aumont	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
André Bastien	Ministère de la Santé et des Services sociaux
François Béland	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Mike Benigeri	Consultant en gestion de l'information
Geneviève Boucher	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Kinga David	Institut canadien d'information sur la santé
Nathalie Desrosiers	Ministère de la Santé et des Services sociaux
François Dubé	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Félix Dugas	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Jacqueline Hébert	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Daniel Labbé	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Johanne Labbé	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Steve Lambert	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Claude Lemay	Institut canadien d'information sur la santé
Hélène Lepage	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Michelina Mancuso	Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick
Brigitte Moreau	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Stéphanie Morin	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Gilles Pelletier	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Mélanie Rainville	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Sylvie Vézina	Ministère de la Santé et des Services sociaux

Nous remercions enfin les organismes dont le nom apparaît ci-dessus. Certes, toutes les personnes qui ont partagé leur avis ou qui ont collaboré, d'une façon ou d'une autre, avec le Commissaire à la santé et au bien-être doivent être assurées de notre reconnaissance, et ce, même si leur nom ne figure pas dans ces lignes.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des figures VI
Liste des tableaux VII
Mot du commissaire VIII

L'appréciation de la performance par le Commissaire : un modèle en évolution. . 1
Le cadre d'analyse de la performance 2
La sélection des indicateurs et le choix des balises d'excellence 5
L'échelle de performance 6
Le calcul des résultats par dimensions et sous-dimensions 7
Pour améliorer la performance : analyser et agir sur les grands enjeux du système de santé et de services sociaux 7
Les limites de l'analyse de la performance 9

La performance à l'échelle interprovinciale. 11
État de santé de la population du Québec 11
Adaptation 13
Évolution temporelle des dimensions de l'adaptation de 2009 à 2013 pour le Québec 17
Production 19
Évolution temporelle des dimensions de la production de 2009 à 2013 pour le Québec 24
Atteinte des buts 26
Évolution temporelle des dimensions de l'atteinte des buts de 2009 à 2013 pour le Québec 30
Analyse de l'efficience du système de santé et de services sociaux du Québec 32
Réussites et défis pour le Québec 34

La performance à l'échelle des régions du Québec. 57
Panorama sociosanitaire de la population du Québec 58
Adaptation 59
Production 63
Maintien et développement 68
Atteinte des buts 70

L'analyse interrégionale des enjeux. 75
Résultats de santé attribuables au système de santé et de services sociaux dans les régions : efficacité d'utilisation . . . 76
Peut-on agir sur l'accès aux services? 78
Productivité : le volume et la qualité des services sont-ils appropriés? 80
La qualité de vie au travail des employés du réseau de la santé et des services sociaux 82
Quels sont les résultats de santé en fonction des sommes investies? 84
Réussites et défis pour les régions du Québec 85

Conclusion. 117

Annexe 118
Médiagraphie 123

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Cadre d'analyse de la performance 4

Figure 2 Différents niveaux d'analyse de la performance 5

Figure 3 Échelle de performance du Commissaire 6

Figure 4 Modèle de graphique pour l'analyse interrégionale des enjeux 8

Figure 5 État de santé de la population du Québec par rapport à la moyenne canadienne 12

Figure 6 Degré d'atteinte des balises pour les dimensions de la fonction d'adaptation au Québec et au Canada 17

Figure 7 Évolution temporelle des dimensions de l'adaptation de 2009 à 2013 pour le Québec 18

Figure 8 Degré d'atteinte des balises pour les dimensions de la production au Québec et au Canada 23

Figure 9 Évolution temporelle des dimensions de la production 25

Figure 10 Degré d'atteinte des balises pour les dimensions de la fonction d'atteinte des buts au Québec et au Canada 30

Figure 11 Évolution temporelle des dimensions de la fonction d'atteinte des buts . . 31

Figure 12 Analyse de l'efficience des provinces canadiennes 33

Figure 13 Groupes de régions 57

Figure 14 Analyse de l'efficacité d'utilisation 77

Figure 15 Analyse de l'accessibilité 79

Figure 16 Analyse de la productivité 81

Figure 17 Analyse de la qualité de vie au travail 83

Figure 18 Analyse régionale de l'efficience 84

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Dimensions et sous-dimensions de la fonction d'adaptation au niveau provincial 13

Tableau 2 Dimensions et sous-dimensions de l'intégration de la production au niveau provincial 19

Tableau 3 Dimensions et sous-dimensions de la fonction d'atteinte des buts au niveau provincial 26

Tableau 4 Tableau de données comparatives interprovinciales – Adaptation . . . 36

Tableau 5 Tableau de données comparatives interprovinciales – Production . . . 42

Tableau 6 Tableau de données comparatives interprovinciales – Atteinte des buts 50

Tableau 7 Tableau de données comparatives interprovinciales – Panorama sociosanitaire de la population 54

Tableau 8 Dimensions et sous-dimensions de la fonction d'adaptation au niveau régional 59

Tableau 9 Dimensions et sous-dimensions de la fonction de production au niveau régional 63

Tableau 10 Dimensions et sous-dimensions de la fonction de maintien et développement au niveau régional 68

Tableau 11 Dimensions et sous-dimensions de la fonction d'atteinte des buts au niveau régional 70

Tableau 12 Tableau de données comparatives interrégionales – Adaptation 88

Tableau 13 Tableau de données comparatives interrégionales – Production 98

Tableau 14 Tableau de données comparatives interrégionales – Maintien et développement 106

Tableau 15 Tableau de données comparatives interrégionales – Atteinte des buts 108

Tableau 16 Tableau de données comparatives interrégionales – Panorama sociosanitaire de la population 114

Tableau 17 Résultats de balisage provinciaux en fonction des balises internationales 118

MOT DU COMMISSAIRE

Chaque année, nous produisons un rapport faisant état de la performance globale du système de santé et de services sociaux québécois. Tout comme le système lui-même, notre modèle d'appréciation évolue et s'adapte. En le révisant constamment, nous assurons l'amélioration continue de notre analyse. L'appréciation qui en résulte s'avère la plus juste et la plus pertinente possible.

Il est rassurant de constater qu'au fil du temps, des résultats favorables émergent et que des réussites déjà acquises sont préservées. Notre analyse de l'efficience montre que le Québec compte parmi les trois provinces canadiennes considérées comme efficientes pour la viabilité, c'est-à-dire la capacité de veiller à l'équilibre adéquat entre les dépenses administratives et celles vouées aux soins, ainsi que la capacité d'attirer et de retenir la main-d'œuvre en médecine. Nous pouvons aussi mettre en valeur la performance de notre système pour la qualité technique et l'efficacité populationnelle, ainsi qu'une diminution de la mortalité hospitalière.

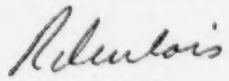
Toutefois, je ne peux passer sous silence la récurrence de défis cruciaux à relever. Parmi ceux-ci, les résultats montrent une fois de plus que beaucoup reste à faire pour atteindre un meilleur accès aux soins et services. Notre analyse régionale révèle, entre autres choses, que les délais d'attente en services sociaux et la fluidité dans le système obtiennent encore des résultats trop peu satisfaisants dans l'ensemble. De plus, je porte une attention particulière aux hospitalisations en santé mentale, alors que d'importantes variations des résultats existent entre les différents types de régions, ainsi qu'à la qualité de vie au travail, qui revêt une importance capitale. De toute évidence, au-delà de la disponibilité des ressources, c'est le maintien et l'amélioration de la qualité de vie au travail qui semble avoir le plus grand impact sur l'efficacité du système. Enfin, dans le cadre des changements organisationnels qui ont cours, il sera intéressant de suivre l'intégration des différents prestataires autour des besoins des usagers, puisque, actuellement, la majorité des régions présentent des résultats peu reluisants pour leur capacité à adapter les soins et services.

Il appert que les régions qui se démarquent favorablement pour l'accès aux soins s'avèrent être celles ayant obtenu les meilleurs scores pour l'accès à un médecin de famille et pour leur utilisation des technologies de l'information. D'ailleurs, les chiffres parlent une fois de plus en faveur d'une plus grande intégration des technologies de l'information pour accroître la capacité à répondre aux besoins. En effet, l'utilisation des technologies de l'information par les médecins représente un levier d'amélioration identifié pour tous les enjeux soulevés, c'est-à-dire autant pour les résultats de santé attribuables au système de santé et de services sociaux que pour l'accessibilité, la productivité et la qualité de vie au travail. Pourtant, nous sommes forcés de constater que les résultats obtenus à ce sujet restent préoccupants.

Ce rapport fait état de résultats obtenus dans le cadre de l'organisation du système tel qu'il était avant l'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Comme nous révisons chaque année notre cadre d'analyse, les changements en cours seront pris en compte à compter de 2016.

Grâce au riche éventail des données et des analyses qu'il contient, je souhaite ardemment que ce document guide les acteurs du réseau dans leur prise de décision, incite au débat public et éclaire les citoyens.

Le commissaire à la santé et au bien-être,



Robert Salois

L'APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE PAR LE COMMISSAIRE : UN MODÈLE EN ÉVOLUTION

Comme le système de santé et de services sociaux québécois est en constante évolution, l'évaluation de sa performance est une démarche continue et permanente. De ce fait, le Commissaire à la santé et au bien-être raffine continuellement son cadre d'analyse pour mieux cerner cette évolution et apprécie annuellement de façon globale et intégrée les résultats de ce système. Dans le but de remplir sa mission d'apporter un éclairage pertinent au débat public et à la prise de décision des acteurs du réseau, le Commissaire analyse les structures et les ressources, ainsi que les services rendus et les résultats du système, pour rendre compte de sa performance afin de favoriser une gestion axée sur une amélioration continue. Ainsi, il définit la performance de la manière suivante : un système de santé et de services sociaux performant est un système qui atteint ses buts et ses objectifs, qui réalise les mandats qui lui sont confiés, en conformité avec les valeurs qui l'animent, et qui optimise sa production compte tenu des ressources dont il dispose.

Le système de santé et de services sociaux est une institution complexe et dynamique, composée d'un ensemble vaste et diversifié d'acteurs qui produisent une multitude de services pour des populations présentant des besoins de soins et services tout aussi complexes et variés. Afin d'évaluer ce système, le Commissaire utilise un cadre d'analyse permettant de fournir une image de la performance qui respecte cette complexité. Ce cadre d'analyse a été développé par les chercheurs de l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM).

Le présent rapport regroupe une analyse globale de la performance du système de santé et de services sociaux du Québec, comparée à la performance des autres provinces canadiennes et, dans certains cas, à celle d'autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) selon la disponibilité des données, ainsi que l'analyse de la performance des régions québécoises comparées entre elles.

Comme par le passé, le Commissaire analyse un ensemble d'indicateurs qui permettent de documenter différentes dimensions du système de santé et de services sociaux et de dégager des constats. Il propose aussi des analyses d'enjeux soulevés par les résultats d'atteinte de performance du système québécois. Plusieurs modifications ont été apportées au modèle d'analyse au cours de la dernière année afin d'établir un diagnostic plus précis de ce qui est attribuable au système de santé et de services sociaux lui-même, et ce, dans une visée d'amélioration continue. En effet, de nombreux indicateurs ont été ajoutés, la cohérence du modèle d'appréciation a été améliorée, les normes ont été révisées et une nouvelle manière d'interpréter les interactions entre les dimensions et sous-dimensions a été développée. Une analyse de l'évolution temporelle des résultats de l'ensemble du Québec et de chacune des régions sur une période de cinq ans a aussi été ajoutée cette année, et ce, à la demande de plusieurs régions sociosanitaires.

La Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales propose une réorganisation du système pour favoriser et simplifier l'accès aux services pour la population, contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et accroître l'efficience et l'efficacité du réseau. Comme cette réorganisation est récente, ses effets sur la performance du système ne seront examinés par le Commissaire que dans les années à venir.

Le cadre d'analyse de la performance

Pour être performant, le système de santé et de services sociaux doit assumer quatre grandes fonctions :

1) **s'adapter** pour se donner les ressources et les structures organisationnelles nécessaires et répondre aux besoins et aux attentes des citoyens;
2) **produire** des services en quantité adéquate et de qualité en maintenant une bonne productivité;
3) **maintenir** des valeurs **et développer** la qualité du milieu de travail;
4) **atteindre ses buts**, qui sont de réduire l'incidence, la durée et les effets négatifs des maladies et des problèmes sociaux.

La performance est donc un équilibre entre quatre fonctions que doit assumer simultanément tout système de santé : l'adaptation, la production, le maintien et développement ainsi que l'atteinte des buts.

Les quatre fonctions du cadre d'analyse de la performance

L'adaptation

L'adaptation consiste à acquérir les ressources et à les structurer en fonction des besoins de la population. Cette fonction traduit la capacité du système à s'adapter aux forces externes qui s'exercent sur lui, à mobiliser la communauté, à innover et à prodiguer les soins requis par sa population. Comme le système de santé et de services sociaux est en constante évolution, sa performance est tributaire de la capacité des acteurs du système à anticiper les tendances émergentes dans leur contexte politique, social, sanitaire et technologique, le tout dans une perspective de viabilité.

La production

La production se caractérise non seulement par les volumes de soins et services offerts, mais aussi par leur optimisation en fonction des ressources investies. On doit considérer l'accessibilité des différents soins et services au niveau de cette fonction. Celle-ci concerne, par ailleurs, la coordination et la continuité des services, donc un agencement logique et fonctionnel afin de fournir un parcours de soins fluide et continu. La qualité (comprise comme un ensemble d'attributs des services qui favorisent le meilleur résultat possible) en constitue un autre pan. On peut, à cet égard, envisager autant la qualité technique des interventions que la qualité des soins de manière plus globale, ce qui inclut notamment les services collectifs de promotion et de prévention, de dépistage, d'immunisation et de surveillance de l'état de santé. Enfin, il ne suffit pas de produire des soins et services; encore faut-il qu'ils soient adaptés aux besoins des patients.

Le maintien et développement

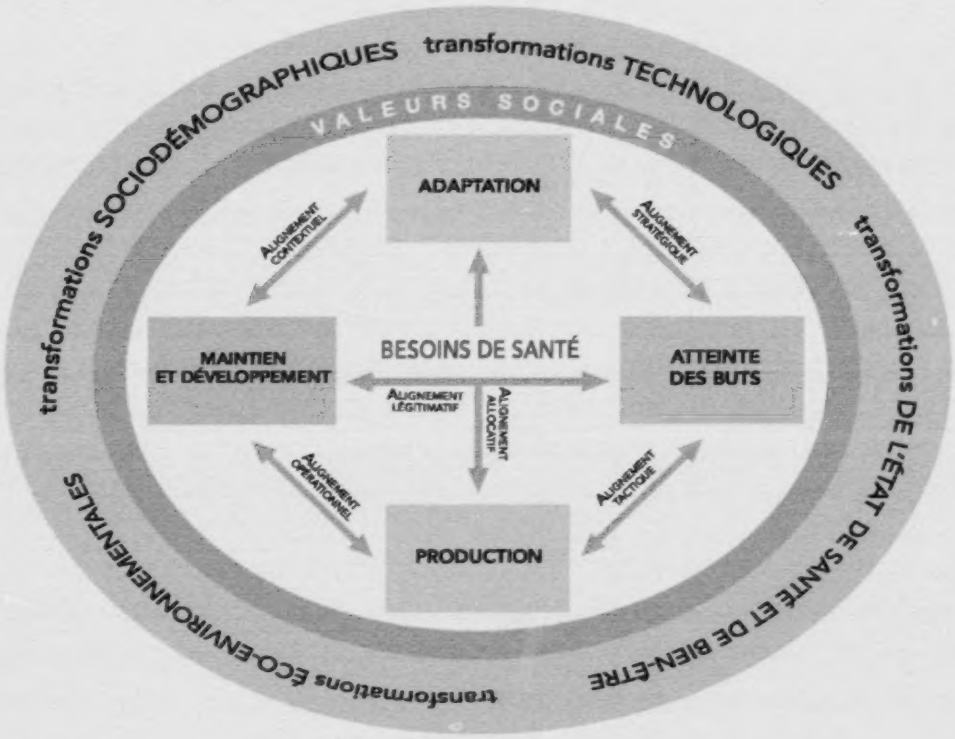
Des valeurs sociales sont à la base de la création des institutions du système de santé et de services sociaux. Ainsi, l'organisation et le fonctionnement de ces institutions s'appuient sur des valeurs qui conditionnent l'environnement de travail et des éléments psychologiques associés aux perceptions des employés. Autrement dit, les valeurs sont à l'origine de la qualité de vie au travail.

L'atteinte des buts

L'atteinte des buts traduit la capacité du système à satisfaire aux objectifs fondamentaux qui lui sont fixés: contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population, satisfaire la population à l'égard du système et améliorer l'équité dans le domaine de la santé et des services sociaux.

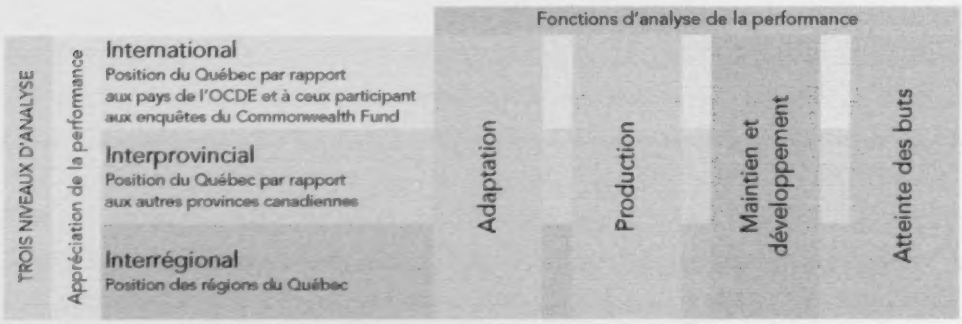
Les fonctions définies sont elles-mêmes composées de plusieurs dimensions et sous-dimensions, ce qui permet d'étendre l'analyse à plusieurs aspects de la performance du système de santé et de services sociaux. On parle alors d'appréciation globale et intégrée de la performance, puisque le jugement du Commissaire repose sur un ensemble de données dans plusieurs domaines évaluables. Toutefois, la performance ne résulte pas seulement de la réalisation de chacune des quatre fonctions prises individuellement. Elle repose aussi sur l'équilibre qui existe entre ces fonctions. En effet, l'objectif est d'effectuer une analyse juste et éclairante sur la performance du système et, évidemment, sur les facteurs qui contribuent à son succès ou qui expliquent ses difficultés. Ainsi, le fait de comprendre les liens entre les différentes dimensions ou sous-dimensions du modèle permet d'interpréter les résultats des analyses avec plus de perspective. Cela signifie, par exemple, qu'un système qui valoriserait la productivité sans se préoccuper de la qualité des soins et services ne serait pas performant. La **figure 1** illustre le cadre d'analyse de la performance retenu par le Commissaire.

FIGURE 1
Cadre d'analyse de la performance



La méthode d'analyse utilisée se base sur la synthèse des données disponibles, traduisant les résultats des quatre fonctions, et sur la comparaison des performances atteintes pour chacune des fonctions au niveau interrégional, interprovincial et international, selon les trois niveaux d'analyse illustrés dans la **figure 2**. Les alignements identifiés dans le cadre d'analyse indiquent que toutes les fonctions relatives à la performance interagissent entre elles et qu'il s'agit en fait d'un modèle dynamique d'analyse de la performance. Cette possibilité inhérente au cadre de mesurer l'impact de la performance des dimensions d'une fonction sur celle d'autres dimensions est abordée dans le présent rapport sous forme d'enjeux qui ressortent de l'analyse des données de performance effectuée.

FIGURE 2
Différents niveaux d'analyse de la performance



La sélection des indicateurs et le choix des balises d'excellence

Les indicateurs utilisés dans le modèle d'appréciation de la performance ont été déterminés au moyen d'une revue de littérature avec la collaboration des chercheurs de l'IRSPUM. Ils ont été sélectionnés afin de mesurer le mieux possible chacune des dimensions et sous-dimensions des quatre fonctions, sans toutefois multiplier inutilement l'information. Chaque indicateur a été retenu selon divers critères, tels que sa **validité**, sa **stabilité** de mesure, sa **sensibilité** au changement et sa **pertinence** (sa capacité d'être attribué aux actions du système de santé et de services sociaux).

Une fois la liste des indicateurs établie, une balise d'excellence a été déterminée pour chacun des indicateurs. Cette balise représente la «norme» permettant de porter un jugement sur les résultats obtenus. En effet, il s'agit d'une donnée «repère» qui permet de comparer le résultat obtenu pour un indicateur à un niveau jugé excellent ou signe d'une bonne performance. Cette balise peut émaner de la littérature scientifique, de normes cliniques reconnues ou du consensus d'un comité d'experts: on parle alors d'une **norme raisonnée**. Elle peut aussi être déterminée en ciblant les régions sociosanitaires du Québec, les provinces canadiennes ou les pays de l'OCDE ayant obtenu les meilleurs résultats pour l'indicateur en question pour ensuite calculer la norme de balisage: il s'agit alors d'une **norme empirique**.

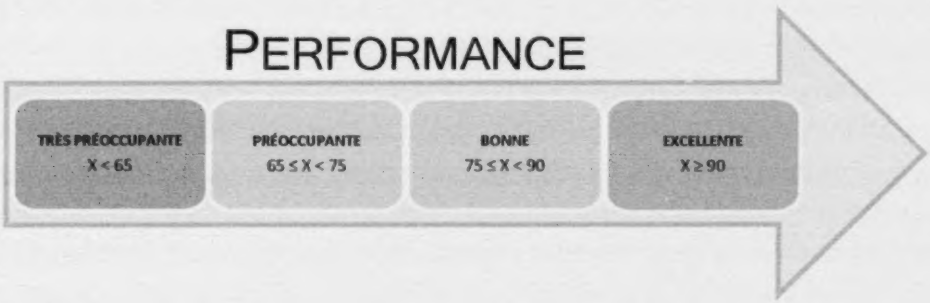
Par la suite, un sens de variation par rapport à la performance est attribué à chaque indicateur. Cette relation peut être **positive**, c'est-à-dire que plus la valeur de l'indicateur est grande, plus la performance est élevée (comme la *proportion des médecins utilisant les dossiers électroniques* ou *l'espérance de vie à 65 ans*). La relation peut, à l'inverse, être **négative**. C'est le cas notamment des *taux de réadmissions* en établissement ou du *taux de tabagisme*. La relation peut aussi être **parabolique**, c'est-à-dire que s'éloigner d'une valeur plafond, que ce soit de manière positive ou négative, diminue la performance. Par exemple, le taux de césariennes est un indicateur dont les valeurs devraient se trouver entre deux bornes, car un taux trop élevé ou encore trop bas de césariennes est préoccupant (un taux trop bas peut signifier des problèmes d'accès aux services, alors qu'un taux trop élevé peut être associé à une pratique abusive).

L'échelle de performance

Une échelle qualitative de la performance (**figure 3**) est utilisée afin de statuer de manière plus précise sur le niveau d'atteinte de la performance relativement à la balise selon les scores de balisage suivants :

Excellente performance :	90,0 % à 100,0 % d'atteinte de la balise
Bonne performance :	75,0 % à 89,9 % d'atteinte de la balise
Performance préoccupante :	65,0 % à 74,9 % d'atteinte de la balise
Performance très préoccupante :	64,9 % et moins d'atteinte de la balise

FIGURE 3
Échelle de performance du Commissaire



Enfin, certains indicateurs servent à présenter de nouvelles pratiques ou des tendances historiques, à informer la population ou à donner une vue d'ensemble d'un phénomène. Comme ces indicateurs ne sont pas utilisés pour porter un jugement de performance, ils n'ont pas de sens de variation déterminé et ils sont présentés à titre informatif (par exemple, le taux d'arthroplasties du genou ou de la hanche).

Le calcul des résultats par dimensions et sous-dimensions

Pour calculer les scores de performance, les résultats de tous les indicateurs compris dans une sous-dimension ont d'abord été cumulés afin d'obtenir le total de la sous-dimension. Ensuite, les résultats des sous-dimensions comprises dans une dimension ont été cumulés pour avoir le résultat de balisage de cette dimension. En effet, notre analyse est basée sur le degré de performance atteint au niveau des différentes sous-dimensions ou dimensions, et non sur le résultat de chaque indicateur pris isolément. Cela permet de mieux comprendre la portée des variations relevées et d'avoir une plus grande fiabilité dans la mesure et l'analyse.

Pour ce faire, un poids relatif a été attribué à chaque indicateur à l'intérieur de la sous-dimension, de manière à ce que les poids relatifs des indicateurs totalisent toujours 100 %. Pour obtenir le résultat de balisage d'une dimension, le même processus est transposé au niveau des sous-dimensions en attribuant un poids à chacune. L'ajout de pondérations permet de rendre compte de la performance du système de santé et de services sociaux de manière plus juste. Par ailleurs, comme complément à l'utilisation de balises d'excellence, la mesure du rang demeure un outil intéressant pour dresser le tableau de performance des régions ou provinces dans une perspective de comparaison.

De plus amples explications sur la méthodologie utilisée sont disponibles dans le *Document méthodologique de l'analyse globale et intégrée de la performance*, disponible dans le site Web du Commissaire.

Pour améliorer la performance : analyser et agir sur les grands enjeux du système de santé et de services sociaux

Pour obtenir une image aussi globale et précise que possible de la performance du système de santé et de services sociaux, et relever les enjeux auxquels il est confronté, il est nécessaire de prendre en compte les interactions entre les dimensions et les sous-dimensions du modèle, aussi bien dans l'analyse provinciale que régionale.

Au niveau interprovincial, l'enjeu central est celui de l'efficience. Il s'agit de savoir si, au Québec, les ressources du système sont bien utilisées. L'analyse de l'efficience consiste à mettre en relation la disponibilité des ressources avec le degré de réussite obtenu dans d'autres dimensions de la performance au Québec et dans les autres provinces du Canada. Les dimensions retenues pour analyser l'efficience sont l'accessibilité, la facilité d'entrée, la justesse des services, la viabilité, l'innovation et transformation, la productivité, la qualité technique, l'efficacité d'utilisation ainsi que l'efficacité populationnelle.

Au niveau interrégional, plusieurs enjeux sont considérés en plus de l'analyse de l'efficience, soit l'efficacité d'utilisation, l'accessibilité, la productivité et la qualité de vie au travail. La figure 4 illustre la façon dont l'analyse des enjeux est faite.

La méthode utilisée pour la mesure de l'importance relative est la régression par moindres carrés partiels (régression PLS). Il s'agit d'un modèle explicatif par régression, construit sur un nombre optimal d'axes orthogonaux (c'est-à-dire non corrélés). Cette méthode est principalement utilisée pour l'élaboration de modèles prédictifs lorsque les variables explicatives sont nombreuses et que plusieurs d'entre elles sont corrélées. La difficulté de cette méthode réside principalement dans la détermination du nombre optimal d'axes.

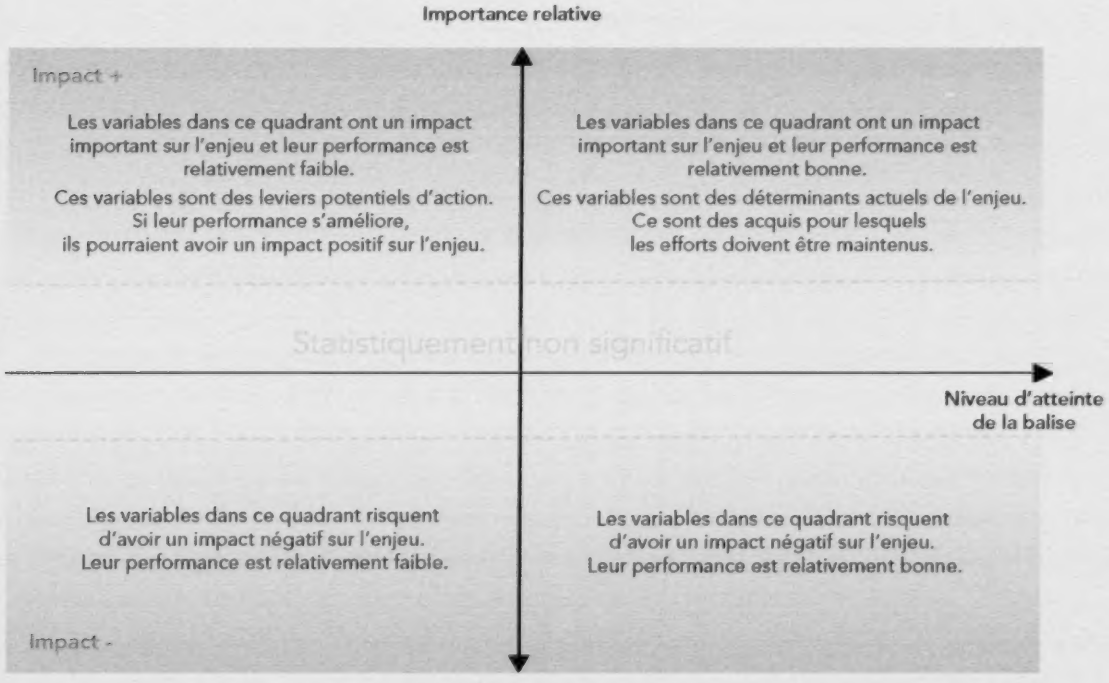
(Wold, Sjöström et Eriksson, 2001)

Importance relative

L'importance relative mesure l'impact d'une sous-dimension de la performance sur l'enjeu à l'étude, après la prise en compte des contributions de toutes les autres dimensions du modèle de performance adopté. C'est donc la contribution exclusive de chacune des variables explicatives de l'enjeu à l'étude qui est représentée sur l'axe vertical de la **figure 4**. Sur cette figure, la zone horizontale claire (statistiquement non significative) représente la limite à l'intérieur de laquelle l'impact d'une variable est jugé non significatif. Cette zone est délimitée par l'intervalle interquartile (entre les 25e et 75e percentiles). Les sous-dimensions retenues pour analyser chaque enjeu ont été choisies à la suite d'une revue systématique des connaissances effectuée par une équipe de chercheurs de l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal. Les sous-dimensions qui ont une influence positive forte sont dans la partie supérieure du graphique. Ces sous-dimensions constituent des leviers potentiels d'amélioration de l'enjeu. Les sous-dimensions qui ont un impact négatif apparaissent sous l'intervalle interquartile.

FIGURE 4

Modèle de graphique pour l'analyse interrégionale des enjeux



Niveau d'atteinte de la balise

L'axe horizontal de la **figure 4** permet de situer le niveau de performance de l'enjeu étudié. Il permet également de situer le niveau d'atteinte de la balise pour chacune des sous-dimensions qui influence l'enjeu analysé. La position de l'axe vertical indique le niveau de performance de cet enjeu pour l'ensemble du Québec.

Les limites de l'analyse de la performance

Comme toute démarche d'appréciation de la performance, l'analyse d'indicateurs comporte des limites sur le plan de la méthode et de l'interprétation. Pour pallier ces limites, le Commissaire recense les indicateurs les plus pertinents et valides qui reflètent les divers résultats des systèmes de santé et les met en relation en adoptant un cadre systématique et global d'analyse. Cependant, bien que les indicateurs présentés offrent, dans la mesure du possible, l'information la plus récente, il existe des différences relatives aux années disponibles selon les cycles d'enquêtes ou la fréquence des mises à jour des banques de données. Toutefois, pour ce présent rapport, près des deux tiers des indicateurs ont des données récentes datant de 2013 ou 2014, et la majorité des données les plus anciennes datent de 2012.

De plus, bien que les indicateurs permettent de montrer des variations entre les provinces ou régions comparées (ou pour la même province ou région d'une année à une autre), ils ne permettent pas de comprendre les raisons qui expliquent ces différences. En effet, même si le Commissaire tient compte du contexte lors de son interprétation des données, des enquêtes plus approfondies seraient nécessaires pour fournir des éléments explicatifs aux variations entre les différentes provinces et régions.

Une autre limite provient du fait que certaines fonctions et sous-dimensions de notre cadre d'analyse demeurent mieux documentées que d'autres, principalement en raison de la disponibilité des données. Cependant, plusieurs indicateurs ont été ajoutés cette année pour répondre au mieux à cette préoccupation. Dix-huit nouveaux indicateurs ont été ajoutés au niveau interprovincial et seize, au niveau interrégional.

LA PERFORMANCE À L'ÉCHELLE INTERPROVINCIALE

La présente section propose d'abord une analyse descriptive des résultats obtenus par le Québec par rapport à l'ensemble des provinces canadiennes. Chacune des dimensions du cadre d'appréciation aborde des aspects particuliers de la performance. Plusieurs indicateurs comparant le Québec aux pays de l'OCDE, ou aux pays participant à l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund, sont aussi présentés selon la disponibilité de ces données. Le tout permet de renforcer ou parfois de nuancer les observations faites. La fonction de maintien et développement n'est toutefois pas analysée au niveau provincial, en raison du manque d'indicateurs disponibles. L'évolution temporelle des résultats des indicateurs du modèle pour lesquels des données antérieures sont disponibles est aussi présentée, de même que l'analyse de l'efficience. Une dernière section porte sur les réussites et les défis du Québec.

État de santé de la population du Québec

Cette section présente un survol de quelques indicateurs démographiques et sociosanitaires afin de situer le Québec dans l'ensemble du Canada et de mieux saisir le contexte dans lequel évolue le système de santé et de services sociaux québécois. Avec une population estimée à 8,1 millions d'habitants en 2012, le Québec est la deuxième province canadienne la plus populeuse après l'Ontario, dont la population est de 13,5 millions d'habitants. Selon les estimations démographiques de Statistique Canada, il apparaît que le Québec a une proportion d'aînés (65 ans et plus) supérieure à la moyenne canadienne (seules les provinces de l'Atlantique et la Colombie-Britannique ont une proportion d'aînés plus élevée que celle du Québec).

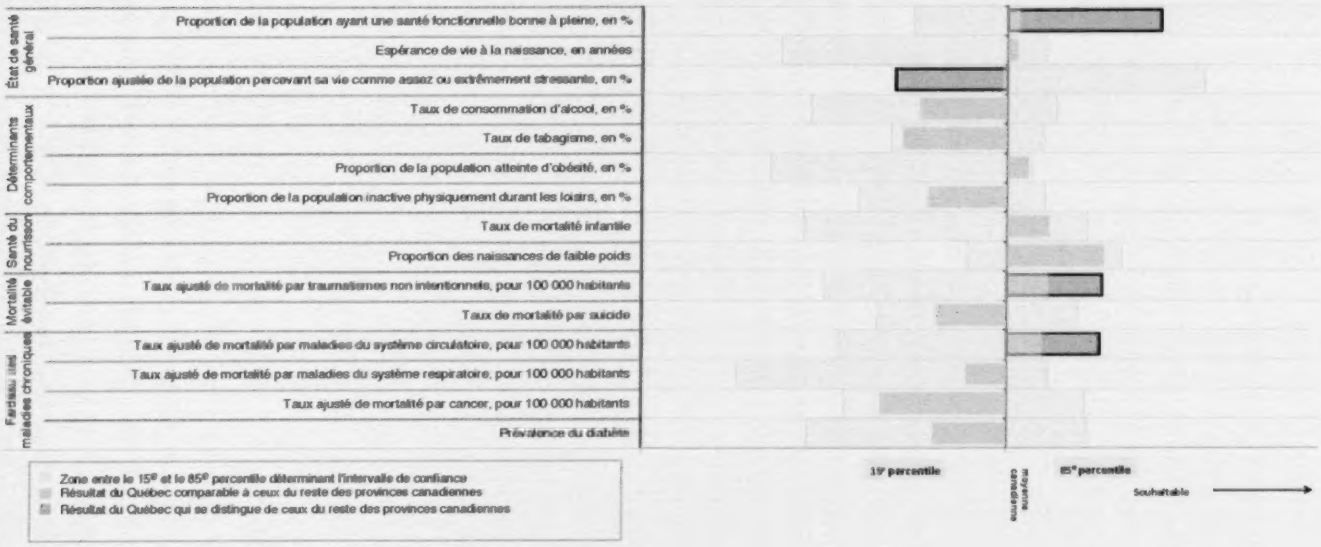
Selon l'Institut de la statistique du Québec (2015), l'espérance de vie à la naissance du Québec est très semblable à celle de la moyenne canadienne. En 2012, elle est de 79,8 ans pour les hommes et de 83,8 ans pour les femmes. Au fil des années, l'écart entre les hommes et les femmes tend à s'amenuiser. L'espérance de vie était de 78,6 ans chez les hommes et de 83,2 ans chez les femmes en 2007-2009.

En ce qui concerne les résultats des indicateurs sociosanitaires illustrés à la **figure 5**, le Québec se distingue favorablement par rapport à la moyenne canadienne pour les indicateurs suivants : la *proportion de la population ayant une santé fonctionnelle allant de bonne à pleine*, la *mortalité par traumatismes non intentionnels* et la *mortalité due aux maladies circulatoires*. Le Québec semble aussi avoir de meilleurs résultats que la moyenne du Canada pour ce qui est de la santé du nourrisson (*taux de mortalité infantile* et *proportion des naissances de faible poids* plus faibles), de *l'espérance de vie à la naissance* et de la *proportion de la population atteinte d'obésité* (bien que cette proportion ait tendance à augmenter depuis 2010).

Par contre, le Québec se distingue défavorablement par rapport à la moyenne canadienne en ce qui a trait à la *proportion d'habitants percevant leur vie comme assez ou extrêmement stressante* et à certains déterminants comportementaux, comme le *taux de tabagisme*, le *taux de consommation d'alcool* et la *proportion de la population inactive physiquement*. De même, il affiche des résultats moins performants pour la *mortalité par suicide* et un fardeau plus important lié à certaines maladies chroniques (une plus grande *prévalence du diabète* et des taux plus élevés de *mortalité par cancer* et par *maladies du système respiratoire*).

FIGURE 5

État de santé de la population du Québec par rapport à la moyenne canadienne



Adaptation

Le **tableau 1** présente les dimensions et les sous-dimensions de la fonction d'adaptation mesurées au niveau provincial.

TABLEAU 1
Dimensions et sous-dimensions de la fonction d'adaptation au niveau provincial

Adaptation – Provincial		
Dimensions	**Sous-dimensions**	**Définitions et exemples de mesures**
Disponibilité des ressources	Capacité financière	Se doter de ressources financières (ex. : dépenses de santé par habitant)
	Capacité humaine	Se doter de ressources humaines (ex. : nombre d'infirmières)
	Capacité matérielle	Se doter de ressources matérielles (ex. : nombre d'appareils de tomodensitométrie et nombre d'appareils de résonance magnétique)
Viabilité	Santé administrative	Veiller à l'équilibre entre les dépenses administratives et celles vouées aux soins (ex. : proportion des dépenses administratives)
	Capacité d'attirer et de retenir la main-d'œuvre : médecins	Attirer et retenir la main-d'œuvre en médecine (ex. : solde migratoire des médecins)
Innovation et transformation	Utilisation des technologies par les médecins	Intégrer des technologies informatiques innovantes dans la pratique médicale (ex. : utilisation des dossiers électroniques)

Adaptation – Provincial		
Dimensions	**Sous-dimensions**	**Définitions et exemples de mesures**
Ajustement aux besoins de la population	Justesse des services	Prodiguer les services adéquats dans une situation donnée (ex. : hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires)
	Facilité d'entrée	Avoir accès à des professionnels de la santé pour la population (ex. : population ayant un médecin régulier)
	Adéquation de l'utilisation : examens diagnostiques	Utiliser certains examens diagnostiques en fonction des besoins de la population (ex. : nombre d'examens en tomodensitométrie et nombre d'examens en résonance magnétique)
	Adéquation de l'utilisation : services hospitaliers	Utiliser certains services hospitaliers en fonction des besoins de la population (ex. : hospitalisations en soins de courte durée)
	Adéquation de l'utilisation : chirurgies	Pratiquer un nombre de chirurgies en fonction des besoins de la population (ex. : taux d'arthroplasties du genou et taux d'arthroplasties de la hanche)
Mobilisation de la communauté	Solidarité sociale	Soutenir le système de santé et de services sociaux en matière de solidarité sociale (ex. : dons et bénévolat en santé)

La disponibilité des ressources est la première dimension reflétant la capacité d'adaptation du système de santé. Cette dimension mesure le niveau des ressources par habitant que chaque province affecte à la santé. Elle est composée de trois sous-dimensions, soit les capacités financière, humaine et matérielle. D'après les données, le Québec est la 5e province la mieux dotée avec un pourcentage d'atteinte de la balise de 84,3 %. Les provinces canadiennes les moins dotées sont l'Ontario, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique. En effet, le Québec est relativement riche en ce qui a trait à sa capacité matérielle et à sa capacité humaine (3e et 4e rangs des provinces), bien qu'il se trouve au dernier rang pour ce qui est de la sous-dimension de la capacité financière (avec un résultat d'atteinte de la balise de 79,1 %), du fait que le Québec est la province canadienne dont les dépenses de santé par habitant sont les moins importantes.

Pays semblables : « Si on examine les 26 études internationales compilées par l'ICIS, on constate que le système de santé du Canada est le plus souvent comparé à celui de l'Allemagne, de l'Australie, des États-Unis, de la France, de la Nouvelle-Zélande, des Pays-Bas, du Royaume-Uni et de la Suède. Ces pays semblables, à l'instar du Canada, ont des économies importantes et développées, et présentent un niveau de ressources à consacrer à la santé ainsi que des méthodes de collecte de données comparables. »

(Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], site Internet-a)

En considérant comme norme les trois provinces canadiennes les mieux dotées, les points forts du système québécois par rapport à la disponibilité des ressources se situent au niveau de sa capacité humaine, en particulier au niveau du *nombre de médecins pour 1 000 habitants*, pour lequel le Québec se classe au 3e rang des provinces, derrière Terre-Neuve-et-Labrador et la Nouvelle-Écosse, avec 2,37 médecins pour 1 000 habitants (il est 2e pour le *nombre de médecins spécialistes* et 5e pour le *nombre de médecins omnipraticiens*). Toutefois, il se classe un peu moins bien pour le *nombre d'infirmières* et *de pharmaciens* (7e et 8e places), même s'il se situe près de la moyenne du Canada.

Cependant, en comparaison à huit pays de l'OCDE que l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) estime comparables au Canada, le Québec se trouve en dernière position pour l'indicateur du *nombre de médecins pour 1 000 habitants*, mais en 1re position pour celui du *nombre de pharmaciens pour 1 000 habitants*. La norme utilisée dans la comparaison avec les pays de l'OCDE provient de la moyenne des trois meilleurs pays considérés.

Pour ce qui est de la capacité matérielle, le Québec est au 1er rang des provinces pour le *nombre d'appareils en imagerie par résonance magnétique (IRM)* et au 5e rang pour le *nombre d'appareils en tomodensitométrie (TDM)* pour 1 000 000 habitants. La norme utilisée dans cette comparaison est la moyenne des trois provinces canadiennes les mieux dotées. Une comparaison internationale appuie le fait que le Québec est effectivement bien doté en regard des appareils de diagnostic : il se classe au 3e rang des pays comparés pour les taux d'appareils de TDM (bien que son résultat soit très inférieur à celui des deux premiers, soit l'Australie et les États-Unis) et au 4e rang pour les taux d'appareils d'IRM, derrière les États-Unis, l'Australie et les Pays-Bas.

Définition de la viabilité en matière de santé : « Équilibre adéquat entre les environnements culturel, social et économique, visant à répondre aux besoins en santé de la population et permettant d'obtenir des résultats optimums en matière de santé et de soins de santé, sans compromettre les résultats et la capacité des générations futures de satisfaire à leurs propres besoins dans ce domaine. »

(Prada, Grimes et Sklokin, 2014, p. 8)

Toujours dans le but d'apprécier la fonction d'adaptation du système de santé et de services sociaux québécois, deux sous-dimensions ont été considérées afin d'évaluer sa viabilité : la santé administrative et la capacité d'attirer et de retenir la main-d'œuvre médicale. Le Québec obtient un bon score de performance avec 83,3 % d'atteinte de la balise pour la première sous-dimension (3e rang derrière l'Alberta et la Colombie-Britannique) et il démontre une excellente performance pour le *taux migratoire des médecins* entre les provinces avec un résultat de 100 % d'atteinte de la balise. Il y aurait donc un peu plus de médecins qui viennent travailler dans la

province qu'il n'y en a qui la quittent. De ce fait, le Québec révèle une bonne performance pour la dimension de la viabilité avec un total d'atteinte de la balise de 87,4 % (score supérieur à celui de l'ensemble du Canada, qui est de 84,7 %) et il se classe au 3e rang derrière l'Alberta et la Colombie-Britannique.

La dimension de l'innovation et transformation est mesurée par l'utilisation des technologies informatiques par les médecins. Le Québec est toujours en dernière position dans ce domaine parmi les provinces canadiennes, avec une performance préoccupante selon l'échelle qualitative de performance utilisée. En effet, il a un pourcentage d'atteinte de la balise de 70,3 %, alors que le résultat de l'ensemble du Canada est de 90,7 %. Selon le Sondage national des médecins, encore 36,5 % des médecins au Québec utilisent exclusivement des *dossiers papier pour prendre en note de l'information sur leurs patients* et seulement 20,3 % utilisent des *dossiers médicaux électroniques pour le rappel des soins recommandés aux patients*. Toutefois, le Québec a une bonne performance pour les indicateurs de *l'utilisation d'outils électroniques d'avertissement pour les interactions médicamenteuses*, ainsi que pour celui de la *proportion des médecins utilisant des outils électroniques pour les résultats de laboratoire ou diagnostiques*, bien qu'il se situe au 9e rang des provinces pour les deux indicateurs, avec des résultats de 86,8 % et de 87,0 % d'atteinte de la balise. Les provinces qui performent le mieux dans cette dimension sont l'Alberta, la Nouvelle-Écosse, la Colombie-Britannique et l'Ontario.

Pour ce qui est de la dimension de l'ajustement aux besoins de la population, elle est mesurée par trois sous-dimensions, soit la justesse des services (qui est représentée par le *taux d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires*, qui témoigne d'un accès à des soins de santé primaires appropriés lorsque ce taux est faible), la facilité d'entrée dans le système et l'adéquation de l'utilisation des médicaments. Le Québec obtient une bonne performance pour cette dimension avec un résultat de 81,5 % d'atteinte de la balise. Il se classe en 5e position des provinces grâce à son excellente performance dans la sous-dimension de la justesse des services, pour laquelle il obtient un résultat de 97 % d'atteinte de la balise (3e rang des provinces).

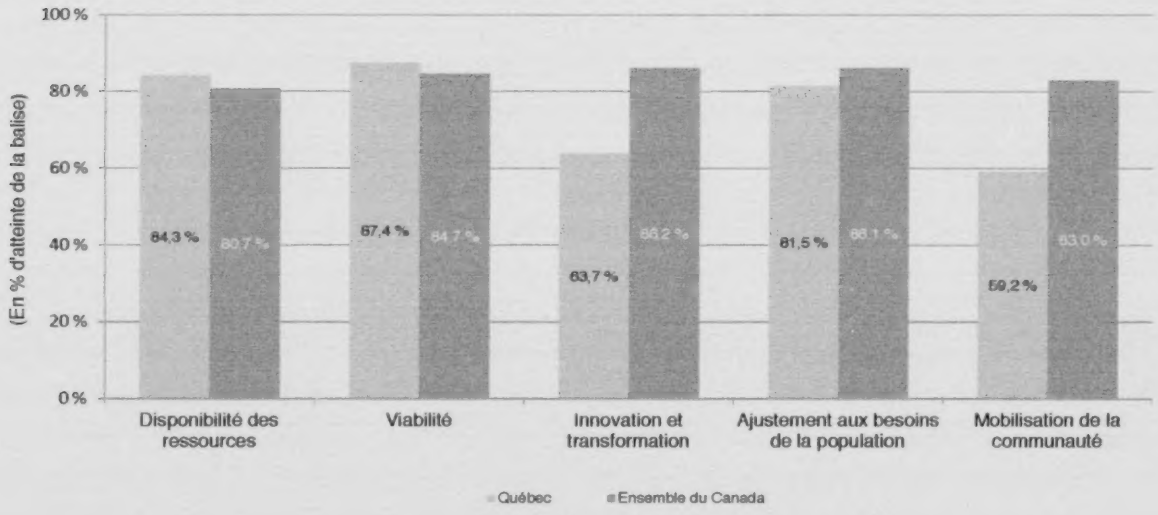
Par contre, le Québec présente une performance préoccupante pour les deux autres sous-dimensions pour lesquelles il occupe les 9e et 10e rangs des provinces. En effet, en ce qui concerne la facilité d'entrée dans le système, il arrive en dernière position des provinces avec un résultat de 72,7 % d'atteinte de la balise (comparé à 83,1 % pour l'ensemble canadien). Cela s'explique par le fait que 60 % des Québécois âgés de 55 ans et plus (interrogés lors du sondage du Commonwealth Fund de 2014) affirment qu'il est *difficile ou assez difficile d'obtenir des soins médicaux après les heures normales de travail sans avoir à utiliser les services d'urgence*. D'ailleurs, une comparaison internationale montre que le Québec, de même que le Canada en général, enregistre des résultats de performance très préoccupants pour l'accès aux soins en dehors des heures normales de travail d'après ce sondage auprès des personnes âgées de 55 ans et plus. Quant à la sous-dimension de l'adéquation de l'utilisation des médicaments, il apparaît que le Québec a des *dépenses en médicaments prescrits par habitant* plus élevées que celles des autres provinces canadiennes, à part la Nouvelle-Écosse. Ainsi, son résultat d'atteinte de la balise est de 68,1 % (9e rang), par rapport à 79,8 % pour l'ensemble du Canada.

Concernant la dernière dimension de la fonction d'adaptation (mobilisation de la communauté), elle est mesurée par la solidarité sociale dans le domaine de la santé et des services sociaux. L'enquête sur le don, le bénévolat et la participation réalisée par Statistique Canada en 2010 montre que le Québec se classe au dernier rang des provinces, notamment pour sa performance très préoccupante par rapport à la *valeur moyenne en dons annuels en santé par habitant* (55,6 % d'atteinte de la balise) et au *nombre moyen annuel d'heures de bénévolat en santé et en services sociaux par habitant* (62,7 % d'atteinte de la balise, donc 7e rang).

La **figure 6** présente les résultats comparatifs du Québec et de l'ensemble du Canada pour les dimensions de l'adaptation.

FIGURE 6

Degré d'atteinte des balises pour les dimensions de la fonction d'adaptation au Québec et au Canada



Évolution temporelle des dimensions de l'adaptation de 2009 à 2013 pour le Québec

Pour chaque dimension de la fonction d'adaptation, l'évolution des résultats des indicateurs pour lesquels des données étaient disponibles pour au moins trois années (entre 2009 et 2013) a été analysée pour le Québec (**figure 7**). Il apparaît que la capacité financière du Québec a augmenté au fil des années, de même que sa capacité humaine (notamment le nombre de médecins et de pharmaciens). En ce qui concerne la viabilité du système, la santé administrative évolue comme il est souhaité avec un *pourcentage des dépenses administratives par rapport aux dépenses publiques* en baisse de 11,7 % de 2009 à 2013. Quant à la dimension de l'ajustement aux besoins de la population, seuls

deux indicateurs ont des données sur cinq ans. On observe une bonne amélioration de 2009 à 2013 pour la justesse des services rendus, avec un *taux d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires* qui baisse de façon significative en cinq ans (taux de variation de -15,1 %). Toutefois, concernant la facilité d'entrée, dont le seul indicateur pour lequel des données sont disponibles depuis 2009 est la *proportion de la population déclarant avoir un médecin régulier*, on observe une légère augmentation en cinq ans.

FIGURE 7

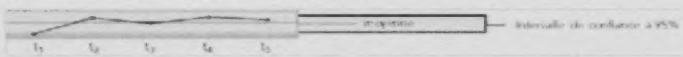
Évolution temporelle des dimensions de l'adaptation de 2009 à 2013 pour le Québec*

ADAPTATION

	t_1	évolution	t_5	% Δ
Disponibilité des ressources				
Capacité financière				
Dépenses publiques de santé par habitant, en $ CAN	3517		3944	12,1%
Total des dépenses de santé par habitant, en $ CAN	4892		5531	13,1%
Capacité humaine				
Nombre de médecins omnipraticiens, pour 1 000 habitants	1,10		1,16	5,8%
Nombre de médecins spécialistes, pour 1 000 habitants	1,12		1,21	7,8%
Nombre de médecins, pour 1 000 habitants	2,22		2,37	6,8%
Nombre d'infirmières, pour 1 000 habitants	8,39		8,33	-0,7%
Nombre de pharmaciens, pour 1 000 habitants	0,92		0,99	7,2%
Viabilité				
Santé administrative				
Dépenses administratives par rapport aux dépenses totales, en %	4,9		4,3	-11,7%
Ajustement aux besoins de la population				
Justesse des services				
Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, pour 100 000 habitants de moins de 75 ans	324		275	-15,1%
Facilité d'entrée				
Proportion de la population déclarant avoir un médecin régulier, en %	73,3		74,9	2,2%

* Seuls les indicateurs ayant un minimum de 3 années consécutives sont présentés.
t_1 réfère à la première année disponible et t_5, à la dernière année disponible comprise entre 2009 et 2013.

Légende :



Production

Le **tableau 2** présente les dimensions et les sous-dimensions de la fonction de production mesurées au niveau provincial.

TABLEAU 2
Dimensions et sous-dimensions de la fonction de production au niveau provincial

Production – Provincial		
Dimensions	**Sous-dimensions**	**Définitions et exemples de mesures**
Accessibilité	Délais d'attente : médecins	Permettre un accès rapide aux médecins (ex. : délai pour voir un médecin spécialiste)
	Délais d'attente : tests diagnostiques	Permettre un accès rapide aux tests diagnostiques (ex. : proportion des personnes ayant attendu moins d'un mois pour des tests diagnostiques)
	Délais d'attente : chirurgies	Permettre un accès rapide aux chirurgies (ex. : délai d'attente pour une chirurgie de la hanche)
	Fluidité dans le système	Permettre un parcours de soins sans heurts et sans attente déraisonnable, même une fois la prise en charge entamée (ex. : proportion des patients traités à l'intérieur de 28 jours pour une radiothérapie)
Qualité technique	Sécurité des soins	Éviter pour les usagers de subir des complications liées aux soins prodigués ou à l'environnement (ex. : taux d'événements de sepsie à l'hôpital)
	Pertinence des soins	Prodiguer des soins selon un cadre de pratiques reconnues comme bénéfiques pour les patients (ex. : taux de césariennes)
	Qualité d'exécution	Prodiguer des soins de manière compétente avec un haut standard d'excellence (ex. : taux de réadmissions)

Production – Provincial		
Dimensions	**Sous-dimensions**	**Définitions et exemples de mesures**
Productivité	Productivité technique	Utiliser les ressources matérielles avec un niveau d'intensité approprié et efficient (ex. : nombre d'examens réalisés par appareil de tomodensitométrie)
	Productivité financière	Utiliser les ressources financières avec un niveau d'intensité approprié et efficient (ex. : coût d'un séjour standard à l'hôpital)
	Productivité clinique	Répondre aux impératifs des soins et services dans les meilleurs délais (ex. : nombre d'heures par cas pondéré dans le service de laboratoire)
Globalité	Globalité des services	Offrir une gamme de services élargie (ex. : vaccination contre l'influenza chez les 65 ans et plus)
Continuité et coordination	Perception des usagers de la coordination	Mesurer la perception des patients par rapport à la coordination entre les différentes étapes et les divers intervenants (ex. : bonne coordination à la sortie de l'hôpital)

La première dimension analysée pour la fonction de la production est celle de l'accessibilité afin de mesurer les délais d'attente et la fluidité des soins et services une fois que le patient est « entré » dans le système de santé et de services sociaux. Quatre sous-dimensions ont été considérées, dont les délais d'attente pour voir un médecin, pour laquelle le Québec obtient une performance très préoccupante avec un résultat d'atteinte de la balise de 64,9 % et le 9e rang des provinces. En effet, par rapport aux trois indicateurs disponibles pour cette sous-dimension, le Québec se classe au dernier rang pour les deux concernant l'accès aux soins de santé primaires en temps utile (*attente de 2 jours et plus pour voir un médecin chez les 55 ans et plus* et *difficulté à accéder à des soins de routine*). De plus, il obtient un très faible résultat pour la *proportion des personnes ayant attendu moins d'un mois pour une visite chez un médecin spécialiste*, avec seulement 48,7 % des personnes qui ont attendu moins d'un mois, alors que la balise fixée à partir des trois meilleurs résultats à l'international est de 70 %. Globalement, les délais d'attente pour voir un médecin semblent être une problématique pour l'ensemble du Canada, qui obtient un résultat d'atteinte de la balise de 71,9 %, ce qui témoigne d'une performance préoccupante. Cependant, en regard des autres délais d'attente mesurés, le Québec a de bons résultats de performance : en ce qui a trait aux délais d'attente pour des tests diagnostiques, il obtient un résultat d'atteinte de la balise de 81,1 % (5e rang). Pour les délais d'attente pour des chirurgies (chirurgies non urgentes et chirurgies de la hanche,

du genou ou de la cataracte), il se classe au second rang avec des résultats d'atteinte de la balise de 88,1 % (derrière Terre-Neuve-et-Labrador). Pour la fluidité dans le système (mesurée par la *proportion des patients traités à l'intérieur du délai de référence pour une radiothérapie*), le Québec arrive encore au 2e rang avec 98,0 % d'atteinte de la balise (derrière le Manitoba).

Ainsi, bien que la performance du Québec pour la dimension de l'accessibilité demeure somme toute bonne avec un pourcentage d'atteinte de la balise de 83,0 %, il lui reste de gros efforts à fournir sur le plan de l'accès aux médecins en première ligne.

La dimension de la qualité technique a été mesurée par trois sous-dimensions, soit la sécurité des soins (ajoutée cette année au niveau provincial et mesurée par un seul indicateur disponible pour l'ensemble des provinces, soit le *taux d'événements de sepsie à l'hôpital*), la pertinence des soins et la qualité d'exécution. Le Québec montre une excellente performance pour la sécurité des soins (93,9 % d'atteinte de la balise, un taux supérieur à l'ensemble canadien, qui est de 85,3 %), ce qui le classe au 6e rang du fait que la majorité des provinces ont d'excellents résultats pour l'indicateur considéré. D'ailleurs, au niveau international, le Québec se trouve au premier rang des pays auxquels il est comparé par rapport à l'indicateur du *taux de cas de septicémie postopératoire*. Toutefois, un autre indicateur disponible pour la sécurité des soins au niveau international, soit *les taux de procédures au cours desquelles un corps étranger a été laissé dans l'organisme*, confère au Québec une performance très préoccupante (il se trouve au dernier rang des pays comparés).

Concernant la sous-dimension de la pertinence des soins, trois indicateurs ont été utilisés pour témoigner de l'adéquation et de l'efficacité des soins prodigués : la *proportion des hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires parmi toutes les hospitalisations*, le *taux de césariennes à faible risque* et le *taux d'accouchements vaginaux après une césarienne*. Pour les deux premiers indicateurs, le Québec obtient une performance excellente et se classe au 1er rang des provinces, ce qui lui confère un score total pour la sous-dimension de 89,5 % d'atteinte de la balise (supérieur à la moyenne canadienne) et un second rang pour la pertinence des soins.

Quant à la sous-dimension de la qualité d'exécution, qui s'appuie sur des indicateurs de *taux de réadmissions hospitalières dans les 30 jours suivant des soins chirurgicaux, médicaux, pédiatriques, obstétricaux ou de maladie mentale*, le Québec se classe au second rang, avec un résultat de 91,4 % d'atteinte de la balise. Il affiche notamment d'excellents résultats de performance pour les *taux de réadmissions suivant des soins chirurgicaux, médicaux* et *pédiatriques*, pour lesquels il se place au 3e rang des provinces.

Dans le but d'analyser la productivité du système, trois sous-dimensions ont été considérées : la productivité technique, la productivité financière (ajoutée cette année au niveau provincial) et la productivité clinique. L'intensité de l'utilisation des appareils de haute technologie en tomodensitométrie (TDM) et en imagerie par résonance magnétique (IRM) a permis de mesurer la productivité technique. Le Québec obtient un résultat de 96,8 % d'atteinte de la balise pour le *nombre moyen d'examens réalisés par appareil de TDM*, mais une performance très faible concernant le *nombre moyen*

d'examens réalisés par IRM, avec 49,8% d'atteinte de la balise. Paradoxalement, lors de l'analyse de la capacité matérielle du système québécois, il est apparu que, parmi les provinces canadiennes, le Québec est celle qui possède le plus grand nombre d'appareils en IRM pour sa population.

En ce qui a trait à la productivité financière, c'est l'indicateur du *coût d'un séjour standard à l'hôpital* qui a été analysé pour rendre compte de l'efficience de la prestation de services. Le Québec a une excellente performance pour cet indicateur et se classe au 1er rang des provinces.

Toutefois, le Québec et l'ensemble du Canada démontrent une productivité clinique préoccupante, avec un résultat de 65,2% d'atteinte de la balise pour le Québec (4e rang) et de 64,6% pour l'ensemble canadien. Le seul indicateur dans cette sous-dimension pour lequel toutes les provinces ont une bonne performance est le *nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré de patient hospitalisé dans l'unité de soins infirmiers* (le Québec obtient un résultat de 81,1% par rapport à 86,7% pour l'ensemble du Canada). Pour le *nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré* dans les autres services, tel le service de diagnostic ou de laboratoire clinique, le Québec enregistre une performance très préoccupante (même s'il est au 3e rang des provinces pour le service de laboratoire clinique, avec 55,8% d'atteinte de la balise). De même, ses résultats montrent une performance préoccupante pour le *nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de pharmacie* (65,9% d'atteinte de la balise).

Dans l'ensemble, le Québec obtient un résultat d'atteinte de la balise de 80,7% pour la dimension de la productivité et la 4e position parmi les provinces canadiennes.

Une autre dimension analysée dans la fonction de la production est la dimension de la globalité du système, représentée au niveau provincial par la globalité des services offerts en matière de prévention et de services de dépistage (des indicateurs sur d'autres services complémentaires aux services médicaux ne sont pas disponibles au niveau de l'analyse interprovinciale). Le Québec montre une bonne performance en général pour cette dimension, avec un résultat total de 88,4% d'atteinte de la balise, bien qu'il se trouve à la 8e place par rapport aux autres provinces. En effet, il connaît une excellente performance pour la *proportion des femmes ayant passé une mammographie* (99,9% d'atteinte de la balise et 1er rang), ce qui se traduit aussi au niveau de la comparaison internationale, où il se trouve parmi les pays les plus performants. Par contre, il se classe respectivement au 8e et au 10e rang des provinces pour les indicateurs de la *proportion des personnes de 65 ans et plus ayant été vaccinées contre l'influenza en 2013* et celui du *pourcentage de femmes ayant subi un test Pap au cours des trois dernières années*, bien que ses résultats traduisent tout de même une bonne performance (82,9% et 82,3% d'atteinte de la balise). Parallèlement, sur le plan de la comparaison internationale, le Québec se classe parmi les pays les moins performants pour ces deux derniers indicateurs (8e et 5e places).

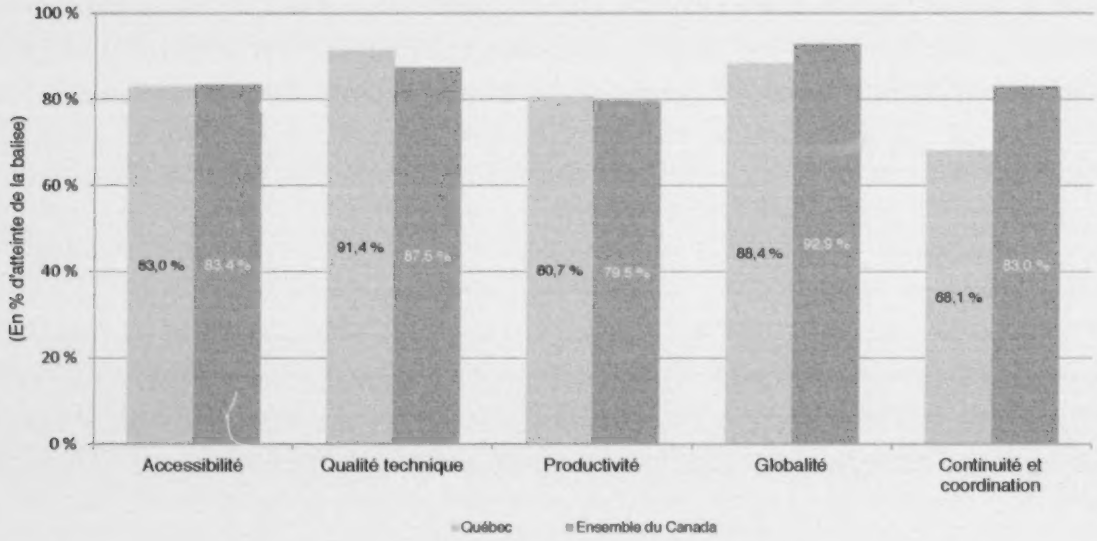
Par rapport à la mesure de la continuité et de la coordination au sein du système de santé et de services sociaux, ce sont les données des enquêtes du Commonwealth Fund de 2011 (sondage auprès des personnes présentant les plus grands besoins de

santé) et de 2014 (sondage auprès des personnes de 55 ans et plus) qui fournissent de l'information sur la perception des usagers à cet égard. Le Québec obtient un résultat préoccupant pour cette dimension comparativement aux autres pays et aux deux autres provinces canadiennes participant aux enquêtes, soit l'Ontario et l'Alberta. Au niveau international, seules la France, l'Allemagne et la Suède obtiennent aussi une performance préoccupante dans ce domaine. En effet, le Québec obtient 68,1 % d'atteinte de la balise fixée à partir des meilleurs résultats obtenus au sondage et se trouve au dernier rang des provinces participantes. D'après les personnes interrogées sur le *niveau de coordination entre les médecins de famille et les spécialistes*, le Québec affiche une performance très préoccupante, autant auprès des personnes présentant les plus grands besoins de santé (63,3 % d'atteinte de la balise) qu'auprès des personnes de 55 ans et plus (bien que ces dernières précisent que le *transfert d'informations* se fait mieux *du médecin de famille au spécialiste* que dans le sens inverse, d'où des résultats d'atteinte de la balise de 82,2 % dans le premier sens et de 55,6 % dans le second sens). De même, ses résultats de performance à l'égard de *l'implication du médecin de famille dans la coordination des soins* étaient préoccupants d'après l'enquête de 2011 auprès des personnes présentant les plus grands besoins de santé, avec 67,5 % d'atteinte de la balise (quoique meilleurs que ceux des Pays-Bas, de l'Australie et de la France), mais ils sont plutôt bons pour l'enquête de 2014 auprès des personnes de 55 ans et plus, même si la province se trouve parmi les dernières, avec 82,9 % d'atteinte de la balise. Néanmoins, le Québec montre une excellente performance (94,6 % d'atteinte de la balise) en ce qui concerne les *dispositions prises par l'hôpital pour assurer un bon suivi à la sortie d'une hospitalisation*, selon le sondage de 2014 (contrairement à ce qui était ressorti de celui de 2011, pour lequel il avait obtenu un résultat de 60,6 % d'atteinte de la balise pour cet indicateur).

La **figure 8** présente les résultats comparatifs du Québec et de l'ensemble du Canada pour les dimensions de la production.

FIGURE 8

Degré d'atteinte des balises pour les dimensions de la production au Québec et au Canada



Évolution temporelle des dimensions de la production de 2009 à 2013 pour le Québec

L'analyse de l'évolution des résultats d'indicateurs contribuant à mesurer la production du système (**figure 9**) montre qu'au niveau de la dimension de l'accessibilité, les délais d'attente en chirurgie de la hanche et du genou semblent avoir augmenté entre 2009 et 2013. En effet, la *proportion des patients opérés dans les délais de référence* (à l'intérieur de six mois dans ces cas-ci) a diminué d'année en année, sauf pour la dernière année, où on observe une légère augmentation. Toutefois, pour la *proportion des patients opérés dans les délais de référence pour une cataracte* (à l'intérieur de quatre mois), il y a eu une légère augmentation en cinq ans. Concernant les délais d'attente pour une radiothérapie, il n'y a pas eu de variation notable.

Quant à la dimension de la qualité technique, l'évolution de quelques indicateurs mesurant la pertinence des soins et la qualité d'exécution a été analysée. Pour la pertinence des soins, les *taux d'accouchements vaginaux après une césarienne* évoluent dans le sens souhaité selon les données disponibles entre 2009 et 2011 (les taux augmentent au fil des ans). Par contre, le *pourcentage d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires par rapport au total des hospitalisations* varie très peu durant la période observée. Concernant la qualité d'exécution, on observe que les *taux de réadmissions à l'hôpital dans les 30 jours suivant des soins* ont légèrement augmenté depuis 5 ans.

Pour la dimension de la productivité, le *coût d'un séjour standard* a légèrement augmenté ces trois dernières années, à l'opposé de ce qui est souhaité pour une bonne productivité financière. De plus, pour la productivité clinique, le *nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans les différents services* a quelque peu varié entre 2009 et 2013, sauf pour le service de laboratoire clinique. En effet, il a légèrement augmenté dans *l'unité des soins infirmiers* et dans le *service de pharmacie*, mais baissé dans celui *de diagnostic*.

Enfin, pour ce qui est de la dimension de la globalité des services, la *proportion des personnes âgées de 65 ans et plus vaccinées contre l'influenza* connaît une légère baisse depuis 2009.

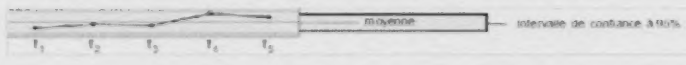
FIGURE 9

Évolution temporelle des dimensions de la production*

PRODUCTION

	t_1	évolution	t_5	% Δ
Accessibilité				
Délais d'attente : chirurgies				
Proportion des patients opérés à l'intérieur de six mois pour une chirurgie de la hanche, en %	90,0		81,0	-10,0%
Proportion des patients opérés à l'intérieur de six mois pour une chirurgie du genou, en %	85,0		78,0	-8,2%
Proportion des patients opérés à l'intérieur de quatre mois pour une chirurgie de la cataracte, en %	87,0		88,0	1,1%
Fluidité dans le système				
Proportion des patients traités à l'intérieur de 28 jours pour une radiothérapie, en %	98,0		98,0	0,0%
Qualité technique				
Pertinence des soins				
Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, par rapport au nombre total d'hospitalisations, pour les moins de 75 ans	5,5		5,4	-1,4%
Taux d'accouchements vaginaux après une césarienne, en %	17,3		19,0	9,3%
Taux de césariennes à faible risque, en %	11,2		11,5	2,7%
Qualité d'exécution				
Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins chirurgicaux, en %	5,9		6,1	2,9%
Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins médicaux, en %	12,4		12,8	2,9%
Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins obstétricaux, en %	2,0		2,1	7,7%
Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins en santé mentale, en %	10,8		11,5	6,5%
Productivité				
Productivité financière				
Coût d'un séjour standard à l'hôpital, en $ CAN	4596		4864	5,8%
Productivité clinique				
Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré de patient hospitalisé dans l'unité de soins infirmiers	51,2		52,9	3,4%
Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de diagnostic	1,7		1,5	-10,9%
Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de laboratoire clinique	2,0		2,0	-0,4%
Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de pharmacie	2,3		2,7	18,0%
Globalité				
Globalité des services				
Proportion des personnes de 65 ans et plus vaccinées contre l'influenza, en %	60,5		58,5	-3,3%

* Seuls les indicateurs ayant un minimum de 3 années consécutives sont présentés.
t_1 réfère à la première année disponible et t_5, à la dernière année disponible comprise entre 2009 et 2013.

Légende : 

Atteinte des buts

La section suivante présente les résultats du Québec pour les dimensions et sous-dimensions de la fonction d'atteinte des buts définies dans le **tableau 3**.

TABLEAU 3
Dimensions et sous-dimensions de la fonction d'atteinte des buts au niveau provincial

Atteinte des buts – Provincial		
Dimensions	**Sous-dimensions**	**Définitions et exemples de mesures**
Efficacité d'utilisation	Mortalité hospitalière	Diminuer la mortalité hospitalière lors de l'utilisation des services hospitaliers (ex. : ratio normalisé de mortalité hospitalière)
	Soins en santé mentale	Accroître le caractère approprié des soins en santé mentale (ex. : taux ajusté des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale)
Efficacité populationnelle	Morbidité et mortalité infantile	Diminuer la morbidité et la mortalité chez les jeunes enfants (ex. : taux de mortalité infantile)
	Mortalité évitable	Exercer une influence positive afin d'éviter les décès liés à des causes traitables ou ayant pu être prévenus (ex. : taux de mortalité liée à des causes traitables)
	Habitudes de vie	Exercer une influence positive afin de contribuer à l'appropriation de bonnes habitudes de vie (ex. : taux de tabagisme)
	Santé mentale	Exercer une influence positive sur la santé mentale de la population (ex. : taux de mortalité par suicide)
	Santé générale	Exercer une influence positive sur la santé générale de la population (ex. : espérance de vie à 65 ans)
Satisfaction globale	Satisfaction de la population	Satisfaire les attentes de la population par rapport au système (ex. : proportion des personnes qui considèrent avoir une bonne santé)

Atteinte des buts – Provincial		
Dimensions	**Sous-dimensions**	**Définitions et exemples de mesures**
Équité	Équité de santé intraprovinciale en fonction du genre	Contribuer à réduire les écarts de santé en regard du sexe (ex. : écart intrarégional entre les genres pour l'espérance de vie à 65 ans)
	Équité de santé en fonction du revenu	Contribuer à réduire les écarts de santé en regard du revenu (ex. : ratio des taux de disparité de revenu pour un événement d'infarctus aigu du myocarde)
	Équité interprovinciale des dépenses de santé	Favoriser un investissement collectif équitable dans les soins et services de santé (ex. : proportion des dépenses publiques de santé)

La première dimension analysée pour la fonction de l'atteinte des buts est l'efficacité de l'utilisation des services, qui se traduit, au niveau provincial, par les sous-dimensions de la mortalité hospitalière et des soins en santé mentale. Pour la première sous-dimension, autant les résultats du Québec que ceux de la plupart des provinces traduisent une excellente performance en considérant comme norme les trois meilleurs résultats au Canada (le Québec est au 6e rang avec 94,0% d'atteinte de la balise). Toutefois, lorsqu'on le compare à l'international, en utilisant comme balise les trois meilleurs résultats des pays considérés, le Québec, ainsi que le Canada, l'Australie et le Royaume-Uni ont des performances très préoccupantes pour la *mortalité dans les 30 jours suivant un AVC*.

Pour la deuxième sous-dimension, concernant les soins en santé mentale, un seul indicateur a été considéré au niveau provincial, soit le *pourcentage de patients ayant eu des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale*, qui démontre l'adéquation de la prise en charge des patients en santé mentale et du soutien qui leur est offert dans le but d'éviter les hospitalisations et de les aider à demeurer plus longtemps dans la collectivité. Seuls l'Alberta, le Manitoba et la Nouvelle-Écosse font preuve d'une bonne performance pour cet indicateur. Le Québec se classe au 4e rang, avec un résultat de 73,8% d'atteinte de la balise.

Dans l'ensemble, ces résultats confèrent néanmoins au Québec une bonne performance et la 4e place pour l'efficacité d'utilisation de ses services avec 83,9% d'atteinte de la balise, proche du résultat de l'ensemble canadien (82,2%).

Mortalité évitable : Taux de mortalité liée à des causes pouvant être prévenues : représente les décès prématurés ayant des causes qui auraient pu être évitées par des efforts de prévention primaire, tels que des changements aux habitudes de vie ou des interventions auprès de la population, par exemple, la vaccination.

Taux de mortalité liée à des causes traitables : représente les décès prématurés ayant des causes qui auraient pu être traitées par des efforts de prévention secondaire et tertiaire, tels que le dépistage et le traitement efficace d'une maladie.

(Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], site Internet-b)

La deuxième dimension de l'atteinte des buts est l'efficacité populationnelle, qui traduit la capacité du système à influencer positivement la santé et ses déterminants. Cinq sous-dimensions sont considérées, dont la morbidité et mortalité infantile, la mortalité évitable, les habitudes de vie, la santé mentale et la santé générale. Le Québec arrive au 4e rang des provinces avec un résultat de 86,9 % d'atteinte de la balise pour la morbidité et mortalité infantile, traduisant une bonne performance pour cette sous-dimension. Il a un résultat supérieur à la moyenne canadienne pour les trois indicateurs composant la sous-dimension (il est en 5e position pour la *proportion des naissances de faible poids* et à la 4e pour le *taux de mortalité infantile* et le *taux de mortalité néonatale*). D'ailleurs, même une comparaison internationale confère une excellente performance au Québec pour la *proportion des naissances de faible poids*. Pour ce qui est de la mortalité évitable, le Québec ainsi que la Colombie-Britannique et l'Ontario ont une excellente performance, du fait de leurs excellents résultats pour le *taux de mortalité liée à des causes pouvant être prévenues* et le *taux de mortalité liée à des causes traitables*.

Quant à l'efficacité du système sur les déterminants comportementaux et les habitudes de vie, le Québec obtient un résultat d'atteinte de la balise de 83,2 % et le 4e rang. Il affiche une excellente performance pour la *proportion de la population consommant 5 portions et plus de fruits et légumes par jour* (il est au 1er rang des provinces), ainsi que pour le *taux d'allaitement* (au 3e rang avec 92,6 % d'atteinte de la balise). Par contre, le Québec montre une performance préoccupante pour le *taux de consommation d'alcool*, pour lequel il est classé au 8e rang des provinces (devant Terre-Neuve-et-Labrador et le Nouveau-Brunswick). De même, il fait partie des provinces les moins performantes pour ce qui est du *taux de tabagisme* (avec le Nouveau-Brunswick et la Saskatchewan). De plus, malgré une bonne performance de toutes les provinces au niveau de la proportion de la population inactive physiquement durant les loisirs (le Québec se retrouve tout de même au 7e rang avec 48,2 % de sa population qui est inactive), il apparaît que la plupart des provinces présentent des résultats très préoccupants concernant la proportion de la population atteinte d'obésité. En effet, le résultat d'atteinte de la balise pour ce dernier indicateur est de 76,1 % pour l'ensemble canadien, et seuls la Colombie-Britannique, l'Ontario et le Québec montrent une bonne performance, avec des résultats respectifs de 95,3 %, de 79,9 % et de 79,0 % d'atteinte de la balise, qui est fixée à 14,3 % de la population.

Pour ce qui est de la sous-dimension de la santé mentale, un nouvel indicateur a été ajouté cette année afin de mieux mesurer l'efficacité du système sur la population dans ce domaine (détection précoce, intervention et traitement des maladies mentales). Le Québec est au 4e rang pour la sous-dimension, même si sa performance est préoccupante. Bien que le *taux de mortalité par suicide* semble avoir légèrement baissé dans plusieurs provinces entre 2009 et 2011, les taux élevés *d'hospitalisation à la suite d'une blessure auto-infligée* concourent à baisser leur performance.

Pour la sous-dimension de la santé générale, le Québec, ainsi que la plupart des provinces, obtient d'excellents résultats d'atteinte de la balise (96,8 % pour le Québec avec un second rang derrière l'Alberta et 96,0 % pour l'ensemble du Canada). Il se classe au 1er rang des provinces pour la *proportion de la population ayant une santé fonctionnelle bonne à pleine* et à la 4e place pour *l'espérance de vie à 65 ans* (ce qui traduit une bonne santé générale de la population âgée).

Tous ces résultats tendent à démontrer une bonne performance du Québec pour la dimension de l'efficacité populationnelle, avec un résultat total de 86,8 % d'atteinte de la balise et une 4e position dans le classement des provinces canadiennes.

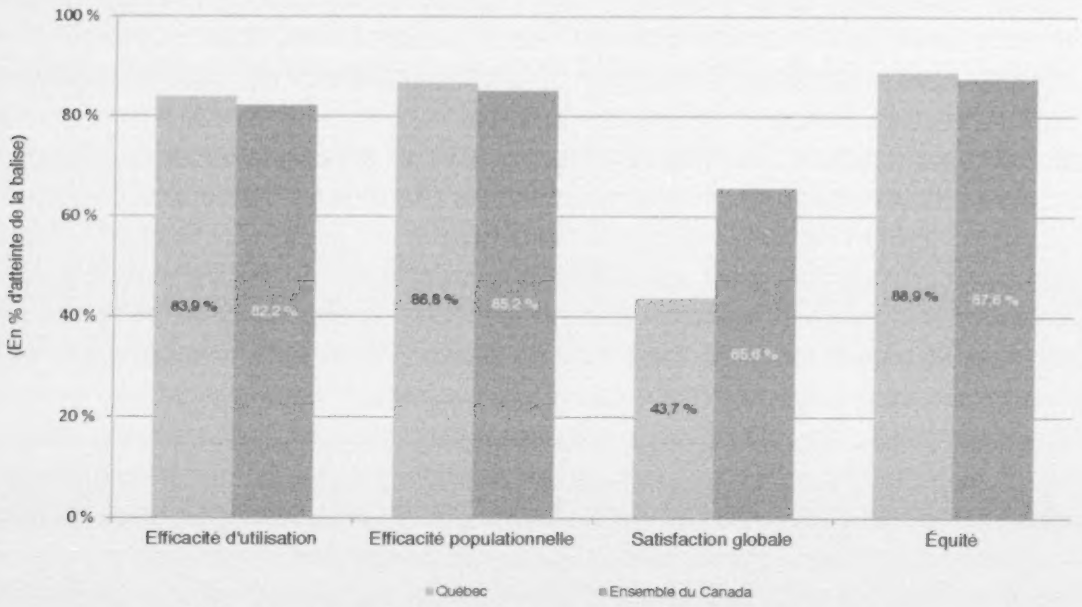
Cette année, la dimension de la satisfaction globale de la population par rapport au système a été mesurée par les taux de satisfaction globale auprès des médecins et auprès des personnes de 55 ans et plus (résultats obtenus à partir de deux enquêtes du Commonwealth Fund, en 2012 et en 2014). Les résultats du Québec montrent une performance très préoccupante pour cette dimension, avec 43,7 % d'atteinte de la balise fixée à partir des trois meilleurs résultats des pays et provinces participant aux enquêtes (un résultat qui se trouve même très éloigné de la moyenne des résultats des provinces canadiennes participantes, soit l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique, qui est de 65,6 %). En effet, selon l'enquête menée en 2012, seulement 27 % des médecins interrogés estiment que le système de santé fonctionne assez bien dans son ensemble (comparé à 48 % des médecins de l'Ontario et à 44 % de ceux de la Colombie-Britannique). En comparant les résultats à l'international, le Québec fait partie des trois derniers parmi les pays auxquels il a été comparé, tout de même avec de meilleurs résultats que l'Allemagne (où seulement 22 % des médecins sont satisfaits du système de santé) et les États-Unis (dont le résultat est de 15 % des médecins). De même, seulement 23 % des Québécois âgés de 55 ans et plus interrogés estiment que le système de santé et de services sociaux fonctionne assez bien dans son ensemble (c'est 41 % dans le cas de l'Ontario et de la France, 35 % pour l'ensemble du Canada, 56 % pour le Royaume-Uni et 22 % pour les États-Unis).

La dernière dimension mesurant l'atteinte des buts du système de santé est l'équité, soit la capacité du système à permettre à tous d'accéder à un niveau de services correspondant à leurs besoins et d'améliorer leur état de santé. Toutes les provinces canadiennes font preuve d'une bonne performance dans ce domaine (et même excellente pour Terre-Neuve-et-Labrador, l'Alberta et le Nouveau-Brunswick, avec des résultats de plus de 90 % d'atteinte de la balise). Le Québec occupe le 4e rang avec un résultat de 88,9 %. La seule dimension pour laquelle quelques provinces ont moins bien performé dans ce domaine est l'équité de santé en fonction du revenu, qui a été mesurée par le *ratio des taux de disparité de revenu pour un événement d'infarctus aigu du myocarde menant à une hospitalisation*. En effet, la performance de la Saskatchewan est très préoccupante pour cet indicateur, et celles de l'Île-du-Prince-Édouard, de l'Ontario, du Manitoba et de la Nouvelle-Écosse sont préoccupantes. Toutefois, le Québec a, quant à lui, une bonne performance, avec un résultat d'atteinte de la balise de 80,8 % et un second rang.

La **figure 10** présente les résultats comparatifs du Québec et de l'ensemble du Canada pour les dimensions de l'atteinte des buts.

FIGURE 10

Degré d'atteinte des balises pour les dimensions de la fonction d'atteinte des buts au Québec et au Canada



Évolution temporelle des dimensions de l'atteinte des buts de 2009 à 2013 pour le Québec

Les indicateurs pour lesquels l'évolution dans le temps a été observée dans la dimension de l'efficacité d'utilisation varient dans le sens souhaité (**figure 11**). En effet, le *ratio normalisé de mortalité hospitalière* baisse d'année en année (une diminution de 13 % en 5 ans), ainsi que la *mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant une chirurgie majeure*. Toutefois, les *taux d'hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale* ne semblent pas varier.

Concernant la dimension de l'efficacité populationnelle, pour ce qui est de la morbidité et mortalité infantile, les indicateurs observés varient légèrement entre 2009 et 2011 (les *taux de mortalité néonatale* et *infantile* ont légèrement baissé en trois ans, et la *proportion des naissances de faible poids* fluctue pendant les cinq années observées). Pour les *taux de mortalité liée à des causes traitables ou pouvant être prévenues*, ils tendent aussi à la baisse entre 2009 et 2011. Quant aux habitudes de vie, il semble y avoir plusieurs fluctuations en cinq ans et les tendances ne vont pas toujours dans le sens souhaité. En effet, la *proportion de la population atteinte d'obésité* semble augmenter (7,1 %), celle

consommant 5 portions de fruits et légumes baisse de 13,1 % et le *taux de tabagisme* ne semble pas diminuer de façon significative. Par contre, le *taux d'allaitement* augmente de 9,9 % en cinq ans, et la *proportion de la population qui est inactive physiquement durant les loisirs* semble diminuer légèrement. En ce qui concerne la santé mentale, le *taux de mortalité par suicide* ainsi que le *taux d'hospitalisations pour des blessures auto-infligées* baissent légèrement pendant la période observée. Pour ce qui est de la dimension de la santé générale, la *proportion des personnes considérant leur santé comme très bonne ou excellente* varie peu pendant les cinq ans.

FIGURE 11

Évolution temporelle des dimensions de la fonction d'atteinte des buts*

ATTEINTE DES BUTS

	t_1	évolution	t_5	% Δ
Efficacité d'utilisation				
Mortalité hospitalière				
Ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH)	100		87	-13,0%
Taux de mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant une chirurgie majeure, pour 100 cas de chirurgie majeure	1,8		1,7	-5,6%
Soins en santé mentale				
Nombre de patients ayant eu des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale	10,2		10,3	1,0%
Efficacité populationnelle				
Morbidité et mortalité infantile				
Proportion des naissances de faible poids, en %	5,6		5,7	1,8%
Taux de mortalité infantile, pour 1 000 naissances vivantes	4,4		4,3	-2,3%
Taux de mortalité néonatale, pour 1 000 naissances vivantes	3,5		3,3	-5,7%
Mortalité évitable				
Taux normalisé de mortalité liée à des causes traitables, pour 100 000 habitants	62,0		58,0	-6,5%
Taux normalisé de mortalité liée à des causes pouvant être prévenues, pour 100 000 habitants	121		113	-6,6%
Habitudes de vie				
Proportion de la population inactive physiquement durant les loisirs, en %	50,0		48,2	-3,6%
Proportion de la population consommant 5 portions et plus de fruits et légumes par jour, en %	54,0		46,9	-13,1%
Proportion de la population atteinte d'obésité, en %	16,9		18,1	7,1%
Taux de tabagisme, en %	22,5		21,4	-4,9%
Taux d'allaitement, en %	81,8		89,9	9,9%
Santé mentale				
Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants	12,5		11,3	-9,6%
Taux d'hospitalisations dans un hôpital général à la suite d'une blessure auto-infligée, normalisé selon l'âge, pour 100 000 habitants	61,0		59,0	-3,3%
Santé générale				
Proportion des personnes considérant leur santé comme très bonne ou excellente, en %	61,1		58,8	-3,8%

* Seuls les indicateurs ayant un minimum de 3 années consécutives sont présentés.
t_1 réfère à la première année disponible et t_5, à la dernière année disponible comprise entre 2009 et 2013.

Légende : moyenne — intervalle de confiance à 95 %

Analyse de l'efficience du système de santé et de services sociaux du Québec

L'efficience est le concept qui permet de mettre en relation des moyens et un résultat. Parler de l'efficience du système de santé et de services sociaux du Québec, c'est se demander si, par rapport aux autres provinces et à d'autres pays, les ressources mobilisées donnent de bons résultats.

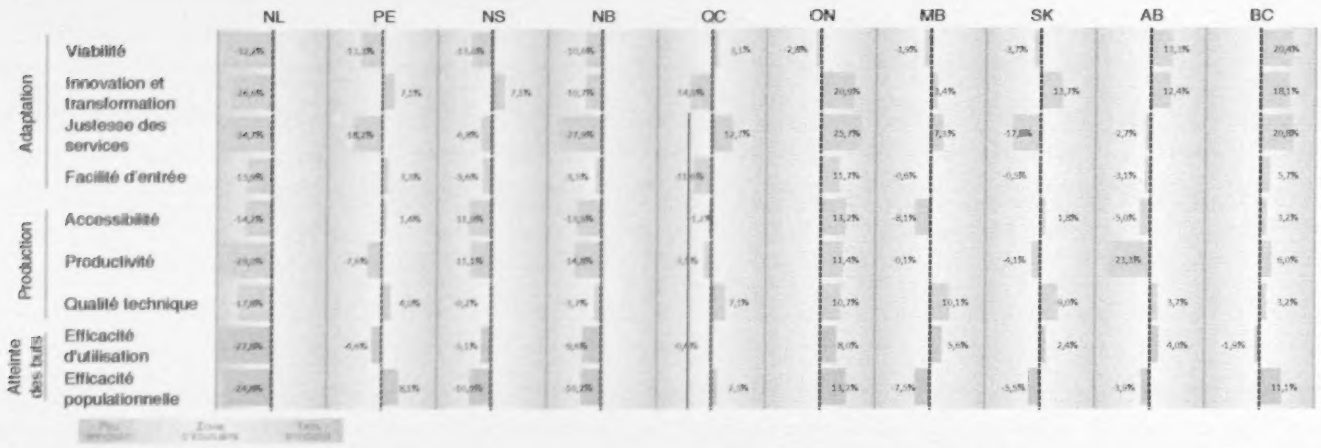
Pour classer les provinces selon leur niveau d'efficience, la disponibilité des ressources (capacités financière, matérielle et humaine) de chacune d'elles est mise en relation avec neuf dimensions/sous-dimensions : la viabilité, l'innovation et la transformation, la justesse des services, la facilité d'entrée, l'accessibilité, la productivité, la qualité technique, l'efficacité d'utilisation et l'efficacité populationnelle. Lorsque le résultat d'atteinte de la balise de l'une des dimensions considérées dépasse le niveau de disponibilité des ressources, la province obtient un point d'efficience. Par la suite, le cumul des points permet de classer les provinces entre elles.

L'analyse de la **figure 12** montre que le Québec se trouve dans la moyenne canadienne en matière d'efficience. Les dimensions/sous-dimensions pour lesquelles le Québec est efficient sont, dans l'ordre décroissant, la justesse des services, la qualité technique, la viabilité et l'efficacité populationnelle. En plus du Québec, seules trois autres provinces sont efficientes pour la justesse des services (l'Ontario, le Manitoba et la Colombie-Britannique). Le Québec fait partie des trois seules provinces canadiennes qui sont efficientes pour la viabilité (il se situe derrière la Colombie-Britannique et l'Alberta). Par contre, pour la qualité technique, la majorité des provinces sont efficientes, sauf le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador. Enfin, pour l'efficacité populationnelle, trois autres provinces sont également efficientes en plus du Québec, soit l'Ontario, la Colombie-Britannique et l'Île-du-Prince-Édouard.

Avec un total de quatre dimensions/sous-dimensions pour lesquelles il se montre efficient, le Québec se place au 4e rang des provinces canadiennes. Les provinces les plus efficientes sont l'Ontario et la Colombie-Britannique (avec huit dimensions où elles sont efficientes sur les neuf considérées) ainsi que l'Île-du-Prince-Édouard (efficiente pour cinq dimensions des neuf considérées). À l'inverse, les provinces de Terre-Neuve-et-Labrador et du Nouveau-Brunswick ont les plus bas niveaux d'efficience en raison de leur disponibilité de ressources plus élevée par rapport au reste des provinces.

FIGURE 12

Analyse de l'efficience des provinces canadiennes



Réussites et défis pour le Québec

Le système de santé et de services sociaux québécois se caractérise depuis plusieurs années par des résultats favorables pour plusieurs des dimensions de la performance. C'est le cas pour la qualité technique, où le Québec se classe au 2e rang des provinces, avec 91,4 % d'atteinte de la balise. La globalité des soins est aussi une dimension pour laquelle le Québec fait montre d'une bonne performance (88,4 % d'atteinte de la balise), comme cela est le cas dans presque toutes les provinces canadiennes. Les résultats en matière de santé (efficacité d'utilisation, avec 83,9 % d'atteinte de la balise et efficacité populationnelle avec 83,2 %) placent le Québec au 4e rang au Canada. Enfin, l'analyse de l'efficience montre que le Québec fait partie des trois seules provinces canadiennes qui, compte tenu des ressources investies, ont de bons indices de viabilité.

Malgré ces indicateurs de performance, le niveau de satisfaction de la population à l'égard du système de santé et de services sociaux est très faible en comparaison avec celui des autres provinces. Le Québec occupe le dernier rang sur les quatre provinces comparées, avec un résultat de 43,7 % d'atteinte de la balise.

Pour retrouver la confiance de la population, il faudrait relever plusieurs défis, en particulier accroître la productivité et la qualité de la prise en charge des patients, notamment au chapitre de l'accessibilité, de la continuité et de la coordination des soins.

La productivité du système de santé et de services sociaux du Québec devrait être améliorée (l'indicateur global de productivité montre que le Québec est à 80,7 % de la balise). Il faudrait agir en priorité sur la productivité clinique, pour laquelle il obtient une performance préoccupante (65,2 % d'atteinte de la balise).

Le Québec arrive au 3e rang au Canada pour l'accessibilité, avec un score de 83,0 % d'atteinte de la balise. Le principal défi à relever à ce niveau est de trouver les moyens de réduire les délais d'attente pour rencontrer un médecin. Le Québec, pour cet indicateur, se trouve au 10e rang, avec une performance très préoccupante (64,9 % d'atteinte de la balise). La continuité et la coordination des soins posent aussi un défi pour le Québec avec un résultat de 68 % d'atteinte de la balise. Le Québec se classe au dernier rang des trois provinces ayant participé au sondage du Commonwealth Fund (soit derrière l'Ontario et l'Alberta, qui obtiennent respectivement des résultats de 88,6 % et 87,4 % d'atteinte de la balise). Pour améliorer cette situation, il faudrait que les médecins du Québec soient en mesure d'accroître leur utilisation des technologies informatiques (le Québec étant au dernier rang des provinces canadiennes pour cette sous-dimension avec un résultat de 63,7 % d'atteinte de la balise). L'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients au Québec constitue un défi important dans la mesure où la population vieillit et où la proportion de patients ayant des maladies chroniques augmente.

Tableau 4

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES

Adaptation

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES
Disponibilité des ressources	Capacité financière	40,0 %	Dépenses publiques de santé par habitant, en $ CAN	2013
		60,0 %	Total des dépenses de santé par habitant, en $ CAN	2013
		33,3 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Capacité humaine	27,5 %	Nombre de médecins omnipraticiens, pour 1 000 habitants	2013
		27,5 %	Nombre de médecins spécialistes, pour 1 000 habitants	2013
		0,0 %	Nombre de médecins, pour 1 000 habitants	2013
		35,0 %	Nombre d'infirmières, pour 1 000 habitants	2013
		10,0 %	Nombre de pharmaciens, pour 1 000 habitants	2012
		33,3 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Capacité matérielle	50,0 %	Nombre d'appareils en tomodensitométrie (TDM), pour 1 000 000 habitants	2012
		50,0 %	Nombre d'appareils en imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 000 habitants	2012
		33,3 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
		20,0 %	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise	
Viabilité	Santé administrative	100,0 %	Dépenses administratives par rapport aux dépenses totales, en %	2012-2013
		75,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Capacité d'attirer et de retenir la main-d'œuvre : médecins	100 %	Solde migratoire des médecins	2012-2013
		25,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
		20,0 %	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise	

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	NL	PE	NS	NB	QC	ON	MB	SK	AB	BC		YT	NT	NU	
	TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	NOUVELLE-ÉCOSSE	NOUVEAU-BRUNSWICK	QUÉBEC	ONTARIO	MANITOBA	SASKATCHEWAN	ALBERTA	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ENSEMBLE DU CANADA	TERRITOIRE DU YUKON	TERRITOIRES DU NORD-OUEST	NUNAVUT	BALISE
	5458	4695	4456	4445	3944	3952	4888	5034	4951	3978	4200	7994	8838	12204	5148
	7132	6354	6514	6474	5531	5835	6633	6626	6787	5775	5988	9979	10686	13152	6850
	100,0%	92,1%	91,7%	91,2%	79,1%	81,8%	96,1%	97,2%	97,9%	81,5%	85,1%	100,0%	100,0%	100,0%	
	1,26	1,06	1,33	1,22	1,16	1,03	1,07	1,03	1,13	1,23	1,11	1,56	0,73	0,28	1,28
	1,15	0,84	1,28	1,05	1,21	1,06	0,97	0,80	1,08	1,02	1,08	0,27	0,25	0,03	1,21
	2,41	1,90	2,62	2,27	2,37	2,09	2,04	1,84	2,21	2,25	2,20	1,83	0,99	0,30	2,47
	11,5	10,8	9,7	10,8	8,3	7,1	9,6	9,3	8,0	6,9	7,9	10,5	–	–	11,1
	1,3	1,2	1,3	1,0	1,0	0,8	1,0	1,2	1,0	0,9	1,0	0,9	0,6	0,9	1,3
	98,3%	85,4%	95,8%	92,5%	86,6%	75,3%	83,9%	79,6%	82,3%	79,1%	81,0%	73,8%	26,6%	–	
	27,3	13,7	16,9	22,5	16,5	12,5	16,7	15,0	13,1	15,6	14,7	28,1	22,9	–	22,2
	9,7	6,9	9,5	7,9	11,2	7,7	6,4	5,6	10,2	8,7	8,9	–	–	–	10,4
	96,8%	64,1%	83,8%	88,1%	87,1%	65,2%	68,4%	60,7%	78,7%	77,0%	76,0%	–	–	–	
	98,4%	80,5%	90,4%	90,6%	84,3%	74,1%	82,8%	79,2%	86,3%	79,2%	80,7%	–	–	–	
	4,6	4,5	4,6	–	4,3	5,8	4,4	4,3	3,6	3,6	4,5	8,8	7,8	–	3,6
	77,8%	79,6%	77,8%	–	83,3%	61,7%	81,4%	83,3%	99,4%	99,4%	79,6%	40,7%	45,9%	–	
	0,31	0,30	0,76	0,76	1,04	1,28	0,71	0,52	1,41	1,12	1,18	2,00	4,00	0,67	1
	31,3%	30,0%	76,2%	76,5%	100,0%	100,0%	71,4%	52,2%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	66,7%	
	66,2%	67,2%	77,4%	80,0%	87,4%	71,3%	78,9%	75,5%	99,6%	99,6%	84,7%	55,5%	59,4%	16,7%	

Tableau 4 (suite)

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES

Adaptation

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES
Innovation et transformation	Utilisation des technologies informatiques par les médecins	22,2 %	Proportion des médecins utilisant des dossiers papier seulement pour prendre en note de l'information sur leurs patients, en %	2014
		33,3 %	Proportion des médecins utilisant un dossier électronique pour entrer et récupérer les données cliniques des patients, en %	2014
		11,1 %	Proportion des médecins utilisant des outils électroniques d'avertissement pour les interactions médicamenteuses, en %	2014
		11,1 %	Proportion des médecins utilisant des outils électroniques pour des références à d'autres médecins, en %	2014
		11,1 %	Proportion des médecins utilisant des outils électroniques pour les résultats de laboratoire ou diagnostiques, en %	2014
		11,1 %	Proportion des médecins utilisant des dossiers médicaux électroniques pour le rappel des soins recommandés aux patients, en %	2014
		100,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
		20,0 %	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise	

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	NL	PE	NS	NB	QC	ON	MB	SK	AB	BC		YT	NT	NU	
	TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	NOUVELLE-ÉCOSSE	NOUVEAU-BRUNSWICK	QUÉBEC	ONTARIO	MANITOBA	SASKATCHEWAN	ALBERTA	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ENSEMBLE DU CANADA	TERRITOIRE DU YUKON	TERRITOIRES DU NORD-OUEST	NUNAVUT	BALISE
	32,5	20,8	12,5	37,9	36,5	16,6	28,0	22,5	13,5	14,8	21,3	–	–	–	13,2
	70,5	73,4	83,1	71,7	65,0	84,7	72,8	77,9	84,3	84,3	79,3	–	–	–	82,8
	50,2	73,7	66,2	62,1	56,8	69,2	61,1	68,5	68,1	63,6	64,8	–	–	–	65,4
	39,3	52,9	54,7	45,4	30,3	61,6	63,8	67,4	66,3	59,7	54,7	–	–	–	56,9
	87,9	94,9	89,5	84,4	81,8	83,8	79,8	83,1	91,6	89,1	85,3	–	–	–	94,0
	22,1	29,0	45,4	30,0	20,3	45,4	45,8	56,4	48,6	52,7	41,2	–	–	–	52,6
	68,7%	82,4%	97,5%	72,4%	63,7%	92,8%	80,4%	87,6%	98,4%	96,8%	86,2%	–	–	–	
	68,7%	82,4%	97,5%	72,4%	63,7%	92,8%	80,4%	87,6%	98,4%	96,8%	86,2%	–	–	–	

Tableau 4 (suite)

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES

Adaptation

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES
Ajustement aux besoins de la population	Justesse des services	100,0%	Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, pour 100 000 habitants de moins de 75 ans	2012-2013
		40,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Facilité d'entrée	50,0%	Proportion de la population déclarant avoir un médecin régulier, en %	2013
		25,0%	Proportion des personnes ayant eu de la difficulté à accéder à des soins de routine ou de suivi en soirée et les fins de semaine, en %	2013
		25,0%	Proportion des personnes de 55 ans et plus ayant eu de la difficulté à obtenir des soins médicaux après les heures normales de travail, en %	2014
		40,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Adéquation de l'utilisation : examens diagnostiques	0,0%	Nombre d'examens en tomodensitométrie (TDM), pour 1 000 habitants	2012
		0,0%	Nombre d'examens en imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 habitants	2012
		0,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Adéquation de l'utilisation : médicaments	100,0%	Dépenses en médicaments prescrits par habitant, en $	2012
		20,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Adéquation de l'utilisation : services hospitaliers	0,0%	Taux normalisé d'hospitalisations en soins de courte durée, pour 1 000 habitants	2012-2013
		0,0%	Taux normalisé selon l'âge d'hospitalisations en santé mentale pour 100 000 habitants	2012-2013
		0,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Adéquation de l'utilisation : chirurgies	0,0%	Taux ajusté d'arthroplasties de la hanche, pour 100 000 habitants de 20 ans et plus	2012-2013
		0,0%	Taux ajusté d'arthroplasties du genou, pour 100 000 habitants de 20 ans et plus	2012-2013
		0,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
		20,0%	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise	
Mobilisation de la communauté	Solidarité sociale	50,0%	Valeur moyenne des dons annuels en santé et en services sociaux, par habitant de 15 ans et plus, en $ CAN	2010
		50,0%	Nombre moyen annuel d'heures de bénévolat en santé et en services sociaux, par habitant de 15 ans et plus	2010
		100,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
		20,0%	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise	
			TOTAL ADAPTATION, en % d'atteinte de la balise	

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	NL	PE	NS	NB	QC	ON	MB	SK	AB	BC	ENSEMBLE DU CANADA	YT	NT	NU	BALISE
	TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	NOUVELLE-ÉCOSSE	NOUVEAU-BRUNSWICK	QUÉBEC	ONTARIO	MANITOBA	SASKATCHEWAN	ALBERTA	COLOMBIE-BRITANNIQUE		TERRITOIRE DU YUKON	TERRITOIRES DU NORD-OUEST	NUNAVUT	
	419	428	319	425	275	267	296	435	319	258	289	455	768	894	267
	63,6%	62,3%	83,6%	62,7%	97,0%	99,9%	90,1%	61,3%	83,6%	100,0%	92,3%	58,6%	34,7%	29,8%	
	88,0	87,6	90,3	92,0	74,9	91,2	83,6	80,3	80,0	84,5	84,5	73,3	41,9	15,4	95,0
	3,8	–	3,5	2,7	5,2	4,9	3,9	5,1	3,7	3,0	4,5	–	–	–	3
	65	57	59	53	60	47	55	49	45	47	51	–	–	–	29
	82,5%	83,8%	84,8%	87,1%	72,7%	85,9%	82,2%	78,6%	83,2%	84,9%	83,1%	38,6%	22,1%	8,1%	
	169	93	139	209	151	117	125	145	88	116	126	78	87	–	–
	39	32	38	50	44	61	55	39	46	33	49	0	0	–	–
	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
	572	777	1020	904	928	787	727	757	716	609	792	601	572	527	632
	100,0%	81,4%	62,0%	69,9%	68,1%	80,3%	87,0%	83,5%	88,3%	100,0%	79,8%	100,0%	100,0%	100,0%	
	90	96	75	94	74	70	84	104	85	73	76,0	121,4	135,1	144,4	–
	600	954	447	720	531	570	519	625	581	672	578	828	1303	418	–
	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
	131	161	146	132	104	141	153	181	164	143	136	–	–	–	–
	158	215	187	167	124	194	182	259	202	156	172	–	–	–	–
	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
	78,4%	74,7%	79,8%	73,9%	81,5%	90,4%	86,3%	72,7%	84,4%	94,0%	86,1%	58,9%	42,7%	35,2%	
	69,8	96,3	84,1	56,9	61,6	119,9	89,5	77,8	103,5	108,7	97,5	–	–	–	110,7
	25,0	16,6	–	–	13,6	18,8	14,2	12,5	13,8	21,3	16,9	–	–	–	21,7
	81,5%	81,7%	77,1%	64,8%	59,2%	93,3%	73,1%	63,9%	78,5%	98,2%	83,0%	–	–	–	
	81,5%	81,7%	77,1%	64,8%	59,2%	93,3%	73,1%	63,9%	78,5%	98,2%	83,0%	–	–	–	
	65,4%	63,9%	69,0%	60,3%	57,7%	70,1%	64,5%	60,7%	69,5%	73,6%	67,2%	26,7%	20,3%	14,6%	

Tableau 5

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES

Production

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES
Accessibilité	Délais d'attente : médecins	25,0%	Proportion ajustée des personnes de 15 ans et plus ayant attendu moins d'un mois pour une visite chez un médecin spécialiste, en %	2013
		25,0%	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont attendu au moins deux jours pour voir un médecin, en %	2014
		50,0%	Proportion ajustée des personnes de 15 ans et plus ayant eu de la difficulté à accéder à des soins de routine ou de suivi au cours des 12 derniers mois, en %	2013
		25,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Délais d'attente : tests diagnostiques	100,0%	Proportion ajustée des personnes ayant attendu moins d'un mois pour des tests diagnostiques, en %	2013
		25,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Délais d'attente : chirurgies	50,0%	Proportion ajustée des personnes ayant attendu moins d'un mois pour une chirurgie non urgente, en %	2013
		16,7%	Proportion des patients opérés à l'intérieur de six mois pour une chirurgie de la hanche, en %	2013
		16,7%	Proportion des patients opérés à l'intérieur de six mois pour une chirurgie du genou, en %	2013
		16,7%	Proportion des patients opérés à l'intérieur de quatre mois pour une chirurgie de la cataracte, en %	2012
		25,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Fluidité dans le système	100,0%	Proportion des patients traités à l'intérieur de 28 jours pour une radiothérapie, en %	2013
		25,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
		20,0%	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise	

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	NL	PE	NS	NB	QC	ON	MB	SK	AB	BC		YT	NT	NU	
	TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	NOUVELLE-ÉCOSSE	NOUVEAU-BRUNSWICK	QUÉBEC	ONTARIO	MANITOBA	SASKATCHEWAN	ALBERTA	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ENSEMBLE DU CANADA	TERRITOIRE DU YUKON	TERRITOIRES DU NORD-OUEST	NUNAVUT	BALISE
	39,9	30,6	41,5	39,4	48,7	42,2	40,6	42,3	43,3	43,5	43,8	–	–	–	70,0
	53	53	55	54	58	50	54	57	55	50	53	–	–	–	32,0
	15,3	16,3	11,8	14,9	20,6	15,4	15,8	19,5	15,6	15,0	16,9	–	–	–	14
	74,8%	68,7%	79,4%	75,5%	64,9%	76,2%	73,3%	64,8%	74,6%	77,9%	71,9%	–	–	–	
	47,9	62,8	51,8	51,1	55,1	60,3	42,8	67,9	53,9	56,3	56,7	–	–	–	67,9
	70,5%	92,5%	76,3%	75,3%	81,1%	88,8%	63,0%	100,0%	79,4%	82,9%	83,5%	–	–	–	
	53,7	35,8	36,2	22,4	41,9	38,3	28,0	24,8	32,6	33,3	36,5	–	–	–	44,6
	92	80	58	69	81	89	68	77	80	76	82	–	–	–	100
	93	61	43	60	78	85	58	66	72	65	76	–	–	–	100
	82	67	67	85	88	86	61	57	69	83	83	–	–	–	100
	94,5%	74,8%	68,6%	60,8%	88,1%	86,2%	62,5%	61,1%	73,4%	74,6%	81,1%	–	–	–	
	97	92	90	97	98	98	100	98	98	94	97	–	–	–	100
	97,0%	92,0%	90,0%	97,0%	98,0%	98,0%	100,0%	98,0%	98,0%	94,0%	97,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	84,2%	82,0%	78,6%	77,1%	83,0%	87,3%	74,7%	81,0%	81,3%	82,4%	83,4%	–	–	–	

Tableau 5 (suite)

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES

Production

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES
Qualité technique	Sécurité des soins	100,0%	Taux ajusté selon les risques de sepsie diagnostiquée après l'admission, pour 1 000 sorties	2012-2013
		20,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Pertinence des soins	50,0%	Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, par rapport au nombre total d'hospitalisations, pour les moins de 75 ans, en %	2012
		25,0%	Taux d'accouchements vaginaux après une césarienne, en %	2011-2012
		25,0%	Taux de césariennes à faible risque, en %	2012–2013
		20,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Qualité d'exécution	20,0%	Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins chirurgicaux, en %	2012-2013
		20,0%	Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins médicaux, en %	2012–2013
		20,0%	Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins obstétricaux, en %	2012-2013
		20,0%	Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins en santé mentale, en %	2012
		20,0%	Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins aux patients âgés de 19 ans ou moins, en %	2012-2013
		60,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
		20,0%	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise	

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	NL	PE	NS	NB	QC	ON	MB	SK	AB	BC		YT	NT	NU	
	TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	NOUVELLE-ÉCOSSE	NOUVEAU-BRUNSWICK	QUÉBEC	ONTARIO	MANITOBA	SASKATCHEWAN	ALBERTA	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ENSEMBLE DU CANADA	TERRITOIRE DU YUKON	TERRITOIRES DU NORD-OUEST	NUNAVUT	BALISE
	4,5	2,7	3,4	3,8	4,0	5,0	3,9	3,6	4,2	4,7	4,4	0,8	6,5	0,0	2
	83,4%	100,0%	100,0%	98,8%	93,9%	75,1%	96,3%	100,0%	89,4%	79,9%	85,3%	0,0%	0,0%	0,0%	
	8,3	9,0	7,4	8,4	5,4	7,1	6,5	7,5	6,5	6,8	6,6	8,6	9,8	10,7	6,1
	8,6	14,7	20,5	13,1	–	15,3	28,6	24,5	20,4	17,7	17,7	23,3	19,9	42,3	31,3
	20,0	20,0	14,0	18,5	11,5	15,4	13,4	11,6	13,3	16,3	14	8	13	12	>5-15<
	62,7%	64,5%	82,9%	67,4%	89,5%	79,7%	95,0%	85,3%	88,3%	82,5%	85,8%	79,3%	72,0%	78,7%	
	6,6	6,0	6,1	6,8	6,1	7,0	5,7	7,5	7,0	7,2	6,7	5,9	6,6	7,3	5,9
	12,8	12,3	12,2	13,5	12,8	13,5	13,0	14,8	13,7	14,4	13,5	16,3	15,9	14,7	11,7
	2,4	2,7	2,2	2,0	2,1	1,7	2,6	2,2	2,0	2,4	2,0	2,8	3,0	1,6	1,5
	12,3	12,0	11,1	11,9	11,5	11,3	9,2	10,5	9,8	12,8	11,5	11,8	12,8	6,9	8,3
	6,6	7,0	7,3	5,9	6,3	6,9	6,3	6,5	6,4	5,8	6,5	6,0	6,9	8,1	5,3
	85,6%	85,9%	89,4%	89,4%	91,2%	89,6%	91,0%	85,3%	90,8%	83,2%	88,7%	–	–	–	
	80,6%	84,5%	90,2%	86,9%	91,4%	84,8%	92,9%	88,2%	90,0%	82,4%	87,5%	–	–	–	

Tableau 5 (suite)

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES

Production

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES
Productivité	Productivité technique	50,0%	Nombre moyen d'examens réalisés par appareil de tomodensitométrie (TDM), ratio	2011-2012
		50,0%	Nombre moyen d'examens réalisés par appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM), ratio	2011-2012
		20,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Productivité financière	100,0%	Coût d'un séjour standard à l'hôpital, en $ CAN	2012–2013
		40,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Productivité clinique	25,0%	Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré de patient hospitalisé dans l'unité de soins infirmiers	2012-2013
		25,0%	Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de diagnostic	2012-2013
		25,0%	Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de laboratoire clinique	2012-2013
		25,0%	Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de pharmacie	2012-2013
		40,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
		20,0%	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise	
Globalité	Globalité des services	33,3%	Proportion des personnes de 65 ans et plus vaccinées contre l'influenza, en %	2013
		33,3%	Proportion des femmes de 50 à 69 ans ayant subi une mammographie au cours des deux dernières années, en %	2012-2013
		33,3%	Proportion des femmes de 20 à 69 ans ayant subi un test de Papanicolaou (test Pap) au cours des trois dernières années, en %	2012-2013
		100,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
		20,0%	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise	

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	NL	PE	NS	NB	QC	ON	MB	SK	AB	BC		YT	NT	NU	
	TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	NOUVELLE-ÉCOSSE	NOUVEAU-BRUNSWICK	QUÉBEC	ONTARIO	MANITOBA	SASKATCHEWAN	ALBERTA	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ENSEMBLE DU CANADA	TERRITOIRE DU YUKON	TERRITOIRES DU NORD-OUEST	NUNAVUT	BALISE
	6206	6780	8243	9275	9185	9397	7554	9782	6789	7439	8584	2828	3761	–	9485
	3964	4641	3973	6342	3917	7959	8643	7012	4564	3772	5580	–	–	–	7871
	57,9%	65,2%	68,7%	89,2%	73,3%	99,5%	89,8%	94,5%	64,8%	63,2%	80,7%	–	–	–	
	6299	5643	5661	5501	4864	5317	5886	6553	7338	5517	5567	8002	–	–	5227
	83,0%	92,6%	92,3%	95,0%	100,0%	98,3%	88,8%	79,8%	71,2%	94,7%	93,9%	65,3%	0,0%	0,0%	
	53,7	63,2	56,2	57,2	52,9	43,9	55,9	55,1	56,2	44,5	49,5	61,3	–	–	42,9
	1,10	1,08	1,54	2,03	1,55	1,63	1,49	1,39	1,68	0,98	1,50	2,09	1,20	–	0,90
	3,64	4,01	2,30	3,40	1,97	2,27	0,18	3,04	3,45	1,59	2,22	5,02	4,70	–	1,10
	3,36	3,57	3,40	3,70	2,72	2,91	3,27	2,82	3,35	1,99	2,88	6,14	1,91	–	1,79
	61,4%	57,2%	58,8%	50,0%	65,2%	65,8%	73,0%	60,5%	53,8%	86,7%	64,6%	41,0%	–	–	
	69,3%	73,0%	79,3%	75,8%	80,7%	85,5%	82,7%	75,0%	63,0%	85,2%	79,5%	45,5%	–	–	
	50,0	60,4	74,2	65,2	58,5	68,9	64,2	53,6	63,8	62,6	64,1	54,9	72,3	–	70,5
	71,4	60,7	66,8	71,0	74,4	73,3	72,0	63,7	72,8	69,1	72,2	–	–	–	73,5
	77,7	79,6	74,8	71,7	67,5	74,9	81,5	74,6	74,3	75,0	73,4	–	–	–	82
	87,6%	88,4%	94,0%	92,1%	88,4%	96,2%	96,1%	84,5%	93,4%	91,4%	92,9%	25,9%	33,3%	–	
	87,6%	88,4%	94,0%	92,1%	88,4%	96,2%	96,1%	84,5%	93,4%	91,4%	92,9%	25,9%	33,3%	–	

Tableau 5 (suite)

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES

Production

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES
Continuité et coordination	Perception des usagers de la coordination	11,3%	Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé qui ont expérimenté un bon niveau de coordination entre les spécialistes et les médecins de famille, en %	2011
		11,3%	Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé qui indiquent qu'un médecin de famille coordonne toujours ou souvent leurs soins, en %	2011
		11,3%	Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé qui ont relevé un problème de coordination lié aux examens ou aux dossiers médicaux au cours des deux dernières années, en %	2011
		11,0%	Proportion des personnes qui ont été hospitalisées ou qui ont eu une opération chirurgicale ayant bénéficié d'une bonne coordination des soins à leur sortie de l'hôpital, en %	2011
		11,0%	Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé ayant une personne qui se charge de tous les soins liés aux maladies chroniques, en %	2011
		11,0%	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont expérimenté un bon niveau de transfert d'informations du spécialiste au médecin de famille	2014
		11,0%	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont expérimenté un bon niveau de transfert d'informations du médecin de famille au spécialiste	2014
		11,0%	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui indiquent qu'un médecin de famille ou le personnel du cabinet les aide toujours ou souvent à organiser ou à coordonner leurs soins, en %	2014
		11,0%	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que l'hôpital a pris des dispositions pour assurer un suivi à leur sortie de l'hôpital, en %	2014
		100,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
		20,0%	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise	
			TOTAL PRODUCTION, en % d'atteinte de la balise	

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	NL	PE	NS	NB	QC	ON	MB	SK	AB	BC		YT	NT	NU	
	TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	NOUVELLE-ÉCOSSE	NOUVEAU-BRUNSWICK	QUÉBEC	ONTARIO	MANITOBA	SASKATCHEWAN	ALBERTA	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ENSEMBLE DU CANADA	TERRITOIRE DU YUKON	TERRITOIRES DU NORD-OUEST	NUNAVUT	BALISE
	–	–	–	–	57	78	–	–	80	–	73	–	–	–	90
	–	–	–	–	51	73	–	–	77	–	68	–	–	–	76
	–	–	–	–	22	25	–	–	22	–	24	–	–	–	14
	–	–	–	–	39	53	–	–	51	–	48	–	–	–	64
	–	–	–	–	35	72	–	–	66	–	61	–	–	–	75
	–	–	–	–	50	80	–	–	81	–	74	–	–	–	90
	–	–	–	–	74	90	–	–	92	–	86	–	–	–	90
	–	–	–	–	63	78	–	–	69	–	73	–	–	–	76
	–	–	–	–	82	83	–	–	79	–	80	–	–	–	87
	–	–	–	–	68,1 %	88,6 %	–	–	87,4 %	–	83,0 %	–	–	–	
	–	–	–	–	68,1 %	88,6 %	–	–	87,4 %	–	83,0 %	–	–	–	
	64,3 %	65,6 %	68,4 %	66,4 %	82,3 %	88,5 %	69,3 %	65,8 %	83,0 %	68,3 %	85,2 %	19,2 %	16,0 %	5,1 %	

Tableau 6

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES

Atteinte des buts

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES
Efficacité d'utilisation	Mortalité hospitalière	50%	Ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH)	2012–2013
		17%	Taux de mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral (AVC), en %	2011-2012
		17%	Taux de mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde, en %	2011-2012
		17%	Taux de mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant une chirurgie majeure, pour 100 cas de chirurgie majeure	2012-2013
		50%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Soins en santé mentale	100%	Nombre de patients ayant eu des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale	2011-2012
		50%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
		20%	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise	
Efficacité populationnelle	Morbidité et mortalité infantile	33,3%	Proportion des naissances de faible poids, en %	2012-2013
		33,3%	Taux de mortalité infantile, pour 1 000 naissances vivantes	2011
		33,3%	Taux de mortalité néonatale, pour 1 000 naissances vivantes	2011
		20,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Mortalité évitable	50,0%	Taux normalisé de mortalité liée à des causes traitables, pour 100 000 habitants	2009–2011
		50,0%	Taux normalisé de mortalité liée à des causes pouvant être prévenues, pour 100 000 habitants	2009-2011
		20,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Habitudes de vie	16,7%	Proportion de la population inactive physiquement durant les loisirs, en %	2013
		16,7%	Proportion de la population consommant 5 portions et plus de fruits et légumes par jour, en %	2013
		16,7%	Proportion de la population atteinte d'obésité, en %	2013
		16,7%	Taux de tabagisme, en %	2013
		16,7%	Taux de consommation d'alcool, en %	2013
		16,7%	Taux d'allaitement, en %	2013
		20,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Santé mentale	50,0%	Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants	2011
		50,0%	Taux d'hospitalisations dans un hôpital général à la suite d'une blessure auto-infligée, normalisé selon l'âge, pour 100 000 habitants	2012-2013
		20,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Santé générale	25,0%	Proportion de la population ayant une santé fonctionnelle bonne à pleine, en %	2013
		50,0%	Espérance de vie à 65 ans, en années	2007-2009
		25,0%	Proportion des personnes considérant leur santé comme très bonne ou excellente, en %	2013
		20,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
		33%	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise	

NL	PE	NS	NB	QC	ON	MB	SK	AB	BC	ENSEMBLE DU CANADA	YT	NT	NU	BALISE
TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	NOUVELLE-ÉCOSSE	NOUVEAU-BRUNSWICK	QUÉBEC	ONTARIO	MANITOBA	SASKATCHEWAN	ALBERTA	COLOMBIE-BRITANNIQUE		TERRITOIRE DU YUKON	TERRITOIRES DU NORD-OUEST	NUNAVUT	
110	95	106	92	87	89	98	90	84	85	89	–	–	–	100
14,1	–	10,8	9,2	10,9	9,5	10,9	9,9	8,3	8,5	9,7	–	–	–	8,7
6,25	3,08	5,14	4,57	6,21	5,95	4,99	5,71	5,03	5,41	5,71	–	–	–	4,9
2,1	2,5	1,9	1,8	1,7	2,0	1,5	1,8	1,6	1,7	1,8	0,8	–	–	1,2
83,1 %	90,9 %	92,3 %	97,1 %	94,0 %	93,8 %	98,4 %	95,8 %	98,9 %	97,5 %	95,8 %	16,7 %	5,9 %	0,0 %	
13,1	12,5	9,7	11,7	10,3	10,8	9,7	11,3	9,3	13,3	11,1	7,7	12,9	11,6	7,6
58,0 %	60,8 %	78,4 %	65,0 %	73,8 %	70,4 %	78,4 %	67,3 %	81,7 %	57,1 %	68,5 %	98,7 %	58,9 %	65,5 %	
70,6 %	75,9 %	85,3 %	81,0 %	83,9 %	82,1 %	88,4 %	81,6 %	90,3 %	77,3 %	82,2 %	57,7 %	32,4 %	32,8 %	
5,6	5,3	5,9	6,2	5,7	6,6	5,6	5,6	7,1	5,9	6,2	4,2	5,0	7,4	4,3
6,3	4,2	4,9	3,5	4,3	4,6	7,7	6,7	5,3	3,8	4,8	0,0	7,2	26,3	3,8
5,1	2,1	3,7	2,5	3,3	3,7	5,4	5,4	4,0	2,4	3,6	0,0	2,9	13,1	2,3
66,7 %	93,7 %	78,9 %	89,8 %	86,9 %	78,2 %	61,6 %	64,4 %	70,7 %	91,0 %	79,1 %	33,3 %	81,0 %	32,0 %	
80	60	69	60	58	60	76	74	60	52	60	58	80	101	55
120	118	127	121	113	102	134	141	118	107	111	177	159	333	107
81,3 %	95,3 %	84,7 %	94,2 %	100,0 %	100,0 %	78,6 %	77,7 %	95,3 %	100,0 %	98,2 %	80,9 %	–	–	
52,4	51,6	44,2	50,4	48,2	45,8	43,4	45,5	43,1	36,0	44,8	33,9	43,3	52,6	40,5
25,5	32,5	33,3	35,9	46,9	39,4	31,9	38,4	42,1	40,7	40,8	32,6	37,5	23,3	50,8
29,4	26,7	26,3	25,9	18,1	17,9	23,8	25,0	19,5	15,0	18,8	20,2	24,5	29,4	14,3
20,1	19,3	21,1	21,8	21,4	18,1	19,2	22,8	20,3	16,2	19,3	25,9	33,2	59,0	17,0
24,5	20,5	19,0	25,1	20,8	17,1	20,0	18,5	20,5	17,4	18,9	32,4	33,0	16,9	14,9
–	–	83,9	79,6	89,9	91,8	–	–	95,1	–	–	–	87,0	70,9	97,1
68,7 %	74,6 %	76,2 %	70,9 %	83,2 %	86,9 %	78,3 %	78,0 %	84,1 %	92,0 %	84,1 %	69,3 %	68,6 %	60,3 %	
10,5	6,0	10,6	12,6	11,3	8,1	11,7	13,3	12,1	9,6	10,1	13,0	12,4	63,3	7,9
97	44	68	81	59	65	61	77	58	71	66	201	198	262	32,6
59,0 %	87,0 %	65,8 %	55,3 %	66,9 %	75,1 %	64,6 %	54,5 %	64,8 %	73,0 %	68,6 %	42,2 %	44,0 %	13,2 %	
79,1	75,9	73,7	77,0	83,2	77,6	76,1	76,7	79,0	76,2	78,7	76,6	77,4	73,6	86,4
18,2	19,3	19,3	19,5	20,1	20,3	19,6	19,7	20,2	20,7	20,2	16,9	16,9	16,9	20,4
62,2	57,6	57,7	54,0	58,8	59,8	58,4	58,8	61,9	58,5	59,4	57,9	54,6	39,0	63
92,3 %	92,2 %	91,6 %	91,6 %	96,8 %	96,1 %	93,4 %	93,9 %	97,1 %	95,4 %	96,0 %	86,7 %	85,6 %	78,3 %	
73,6 %	88,6 %	79,5 %	80,4 %	86,8 %	87,3 %	75,3 %	73,7 %	82,4 %	90,3 %	85,2 %	62,5 %	69,9 %	45,8 %	

Tableau 6 (suite)

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES

Atteinte des buts

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES
Satisfaction globale	Satisfaction de la population	50,0%	Taux de satisfaction globale des médecins à l'égard du système de santé, en %	2012
		50,0%	Taux de satisfaction globale des personnes de 55 ans et plus à l'égard du système de santé, en %	2014
		100,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
		33,3%	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise	
Équité	Équité de santé intraprovinciale en fonction du genre	50,0%	Écart intraprovincial entre les genres pour l'espérance de vie à 65 ans, en années	2007-2009
		50,0%	Écart intraprovincial entre les genres pour les années potentielles de vie perdues, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, ratio	2005-2007
		33,3%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Équité de santé en fonction du revenu	100,0%	Ratio des taux de disparité de revenu pour un événement d'infarctus aigu du myocarde menant à une hospitalisation	2012-2013
		33,3%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
	Équité interprovinciale des dépenses de santé	100,0%	Dépenses publiques générales de santé, en % du total des dépenses de santé	2013
		33,3%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise	
		33%	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise	
			TOTAL ATTEINTE DES BUTS, en % d'atteinte de la balise	

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

	NL	PE	NS	NB	QC	ON	MB	SK	AB	BC		YT	NT	NU	
	TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	NOUVELLE-ÉCOSSE	NOUVEAU-BRUNSWICK	QUÉBEC	ONTARIO	MANITOBA	SASKATCHEWAN	ALBERTA	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ENSEMBLE DU CANADA	TERRITOIRE DU YUKON	TERRITOIRES DU NORD-OUEST	NUNAVUT	BALISE
	–	–	–	–	27,0	48,0	–	–	39,0	44,0	40,0	–	–	–	56,7
	–	–	–	–	23,0	41,0	–	–	37,0	–	35	–	–	–	58
	–	–	–	–	43,7%	77,9%	–	–	66,5%	68,0%	65,6%	–	–	–	
	–	–	–	–	43,7%	77,9%	–	–	66,5%	68,0%	65,6%	–	–	–	
	3,1	3,1	3,4	3,4	3,3	3,0	3,5	3,4	3,1	2,8	3,1	2,8	2,8	2,8	2,9
	1,64	1,71	1,71	1,70	1,62	1,57	1,52	1,56	1,59	1,71	1,61	1,64	1,68	2,07	1,55
	94,1%	92,0%	88,0%	88,3%	92,0%	97,6%	91,4%	92,3%	95,5%	95,4%	94,9%	97,2%	96,3%	87,4%	
	1,26	1,45	1,34	1,09	1,24	1,43	1,36	1,55	1,24	1,31	1,34	–	–	–	1,00
	79,5%	68,9%	74,6%	91,3%	80,8%	69,8%	73,6%	64,4%	80,4%	76,2%	74,8%	–	–	–	
	73,6	66,8	63,3	64,4	66,0	63,8	66,0	68,9	68,7	64,4	65,5	69,2	66,5	79,8	70,4
	100,0%	94,9%	89,9%	91,4%	93,8%	90,6%	93,8%	97,9%	97,6%	91,5%	93,0%	98,4%	94,4%	100,0%	
	91,2%	85,3%	84,2%	90,4%	88,9%	86,0%	86,3%	84,8%	91,2%	87,7%	87,6%	–	–	–	
	54,9%	58,0%	54,5%	56,9%	73,1%	83,7%	53,9%	52,8%	80,0%	82,0%	79,5%	42,6%	44,5%	36,1%	

Tableau 7

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERPROVINCIALES

Panorama sociosanitaire de la population

INDICATEURS*	ANNÉES	NL TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	PE ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	NS NOUVELLE-ÉCOSSE
Espérance de vie à la naissance, en années	2007-2009	78,9	80,2	80,1
Proportion ajustée de la population percevant sa vie comme assez ou extrêmement stressante, en %	2013	15,2	17,9	19,7
Taux ajusté de mortalité par traumatismes non intentionnels, pour 100 000 habitants	2011	22,9	26,0	31,2
Proportion ajustée de la population victime de blessures entraînant des limitations, en %	2013	14,2	16,0	16,7
Taux ajusté d'hospitalisations à la suite d'une blessure, pour 100 000 habitants	2012-2013	519	685	496
Proportion des personnes de 12 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de diabète, en %	2013	8,6	8,9	7,6
Années potentielles de vie perdues par blessures accidentelles, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	2011	466	474	622
Taux ajusté de mortalité par cancer, pour 100 000 habitants	2011	178	150	180
Années potentielles de vie perdues par cancer, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	2005-2007	1480	1327	1453
Taux ajusté de mortalité par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants	2011	171	149	143
Années potentielles de vie perdues par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	2005-2007	1032	998	804
Taux ajusté de mortalité par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants	2011	46,6	54,6	50,8
Années potentielles de vie perdues par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	2005-2007	183	224	171
TOTAL SANTÉ GLOBALE, en % d'atteinte de la balise		83,1%	80,2%	81,0%

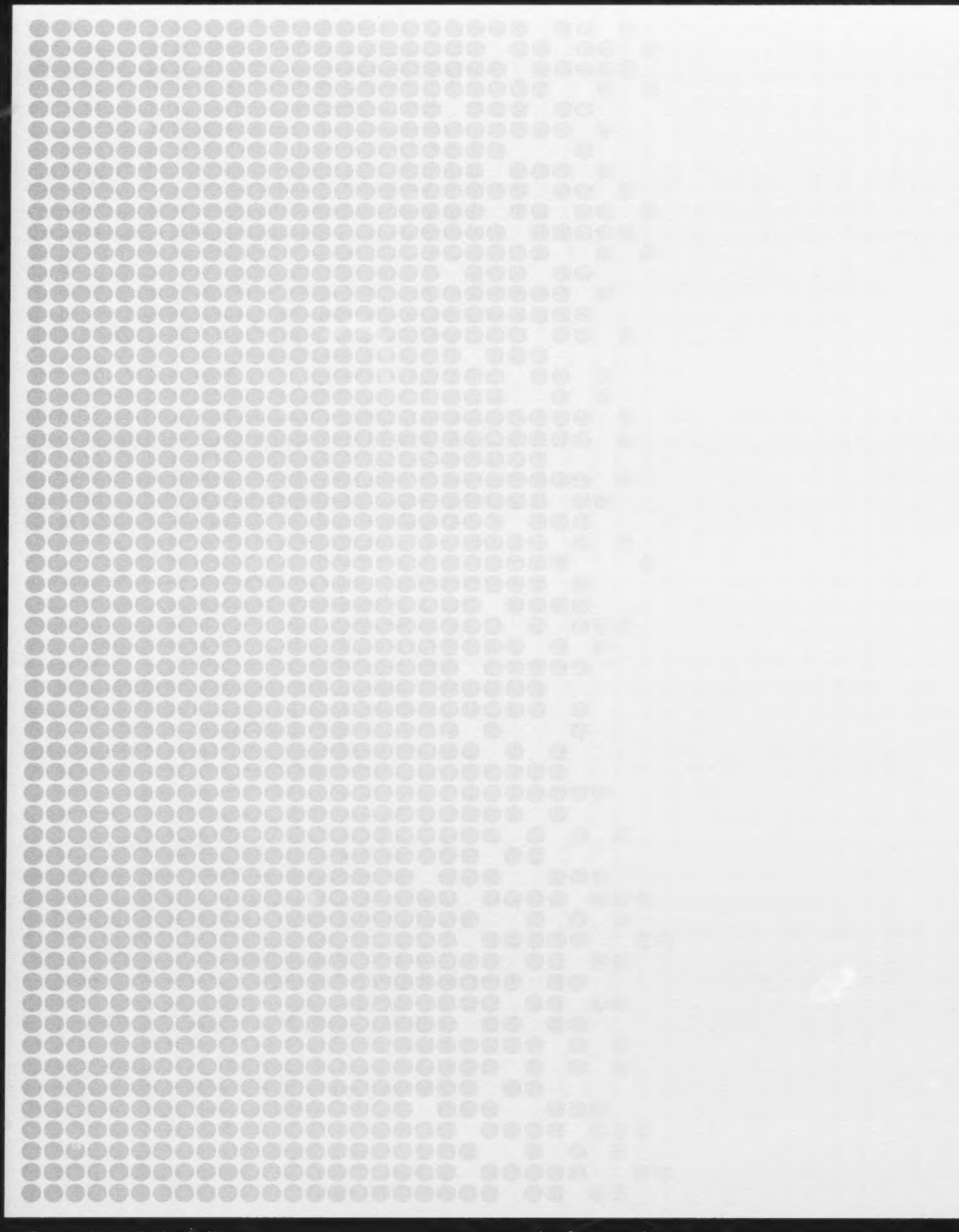
* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

		NB	QC	ON	MB	SK	AB	BC	ENSEMBLE DU CANADA	YT	NT	NU
		NOUVEAU-BRUNSWICK	QUÉBEC	ONTARIO	MANITOBA	SASKATCHEWAN	ALBERTA	COLOMBIE-BRITANNIQUE		TERRITOIRE DU YUKON	TERRITOIRES DU NORD-OUEST	NUNAVUT
		80,2	81,2	81,5	79,5	79,6	80,7	81,7	81,1	75,1	75,1	75,1
		20,1	25,5	23,6	20,1	19,6	21,1	22,1	23,0	20,3	16,7	15,6
		29,4	19,1	23,8	35,0	40,8	21,4	27,0	24,2	40,6	27,9	51,0
		14,1	15,1	14,9	20,0	19,2	16,9	18,8	16,0	24,2	16,4	14,4
		558	515	407	620	768	717	534	514	1088	1092	844
		7,6	7,2	6,7	7,0	6,7	5,3	5,5	6,6	5,0	5,1	-
		722	377	441	894	1165	540	662	519	1153	832	1534
		156	170	149	158	154	140	139	154	203	185	384
		1287	1395	1199	1320	1199	1149	1137	1255	1673	1149	2441
		138	112	123	150	154	148	120	126	187	172	166
		779	623	627	840	822	652	560	649	660	816	944
		47,8	40,3	36,0	41,9	44,9	38,6	35,6	38,8	54,8	52,0	224,7
		187	146	136	180	213	177	159	154	242	602	727
		82,6%	91,2%	94,1%	78,2%	75,7%	89,4%	90,5%	90,1%	68,7%	74,2%	51,9%



LA PERFORMANCE À L'ÉCHELLE DES RÉGIONS DU QUÉBEC

La section qui suit présente l'analyse des grandes tendances et des résultats pour les régions du Québec pour chacune des dimensions des quatre fonctions du modèle d'appréciation de la performance utilisé par le Commissaire. Selon les résultats examinés, les observations peuvent porter sur une ou plusieurs régions, ou encore sur des regroupements de régions. La **figure 13** définit cinq groupes de régions qui permettent avant tout de synthétiser l'information. Par la suite, une analyse des réussites et des défis des régions du Québec est présentée.

FIGURE 13
Groupes de régions[1]

RÉGIONS UNIVERSITAIRES

03 Capitale-Nationale
05 Estrie
06 Montréal

RÉGIONS INTERMÉDIAIRES

01 Bas-Saint-Laurent
02 Saguenay–Lac-Saint-Jean
04 Mauricie et Centre-du-Québec
07 Outaouais

RÉGIONS ISOLÉES

10 Nord-du-Québec
17 Nunavik
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James

RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES

12 Chaudière-Appalaches
13 Laval
14 Lanaudière
15 Laurentides
16 Montérégie

RÉGIONS ÉLOIGNÉES

08 Abitibi-Témiscamingue
09 Côte-Nord
11 Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

1. Les résultats des régions isolées ne sont pas analysés, car le manque de données ne permet pas d'obtenir les résultats agrégés pour l'ensemble des dimensions et des sous-dimensions.

Panorama sociosanitaire de la population du Québec

L'encadré ci-après présente les résultats pour certains indicateurs dressant un panorama sociosanitaire de la population pour les régions ou les groupes de régions du Québec.

Panorama sociosanitaire régional de la population

Les indicateurs retenus pour le panorama sociosanitaire de la population témoignent de l'état de santé général de la population (*espérance de vie à la naissance* et *proportion de la population percevant sa vie comme assez ou extrêmement stressante*), de même que de la mortalité évitable (*taux de mortalité par traumatismes non intentionnels* et *années potentielles de vie perdues par blessures accidentelles*), du fardeau représenté par les maladies chroniques (*proportion des personnes ayant reçu un diagnostic de diabète, années potentielles de vie perdues* et *taux de mortalité par cancer* ou *par maladies du système respiratoire* ou *circulatoire*) et des blessures.

L'espérance de vie ne varie pas beaucoup entre les différentes régions (elle est plus élevée dans les régions de Laval, de la Chaudière-Appalaches, de l'Estrie et de la Capitale-Nationale, avec un peu plus de 82 ans, et moins élevée en Abitibi-Témiscamingue et sur la Côte-Nord, avec un peu moins de 80 ans).

En ce qui concerne le stress perçu par la population, les régions universitaires et leurs régions périphériques (sauf Chaudière-Appalaches et Laval), de même que le Bas-Saint-Laurent et la Mauricie et Centre-du-Québec, affichent des résultats préoccupants, voire très préoccupants.

Concernant la mortalité évitable, la performance des régions éloignées et intermédiaires, de même que celle de l'Estrie et de la Chaudière-Appalaches, est préoccupante. Quant aux blessures entraînant des limitations, seules les régions éloignées, ainsi que le Bas-Saint-Laurent, obtiennent une bonne performance.

Pour ce qui est du fardeau que représentent les maladies chroniques, ce sont les régions universitaires qui présentent le portrait le plus favorable.

Adaptation

Le tableau présente les dimensions et les sous-dimensions de la fonction d'adaptation mesurées au niveau régional.

TABLEAU 8
Dimensions et sous-dimensions de la fonction d'adaptation au niveau régional

Adaptation – Régional		
Dimensions	**Sous-dimensions**	**Définitions et exemples de mesures**
Disponibilité des ressources	Capacité financière	Se doter de ressources financières (ex. : dépenses de santé par habitant)
	Capacité humaine	Se doter de ressources humaines (ex. : nombre d'infirmières)
	Capacité matérielle	Se doter de ressources matérielles (ex. : nombre de lits de courte durée et nombre de lits de longue durée)
Viabilité	Santé administrative	Veiller à l'équilibre entre les dépenses administratives et celles vouées aux soins (ex. : proportion des dépenses administratives)
	Santé financière	Veiller à respecter les budgets (ex. : déficit non autorisé des établissements)
	Capacité d'attirer et de retenir la main-d'œuvre : infirmières	Attirer et retenir la main-d'œuvre infirmière (ex. : infirmières requises par rapport aux effectifs en emploi)
	Capacité d'attirer et de retenir la main-d'œuvre : médecins	Attirer et retenir la main-d'œuvre en médecine (ex. : niveau d'atteinte des besoins normalisés en médecins de famille)
Innovation et transformation	Utilisation des ressources innovantes	Intégrer des éléments innovateurs sur le plan systémique (ex. : nombre d'infirmières praticiennes spécialisées)
	Utilisation des technologies par les médecins	Intégrer des technologies informatiques innovantes dans la pratique médicale (ex. : utilisation des dossiers électroniques)

Adaptation – Régional		
Dimensions	**Sous-dimensions**	**Définitions et exemples de mesures**
Ajustement aux besoins de la population	Justesse des services	Prodiguer les services adéquats dans une situation donnée (ex. : hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires)
	Facilité d'entrée	Avoir accès à des professionnels de la santé pour la population (ex. : population ayant un médecin régulier)
	Adéquation de l'utilisation : examens diagnostiques	Utiliser certains examens diagnostiques en fonction des besoins de la population (ex. : nombre d'examens en tomodensitométrie et nombre d'examens en résonance magnétique)
	Adéquation de l'utilisation : services médicaux	Utiliser les services médicaux en fonction des besoins attendus (ex. : indice de consommation des services médicaux spécialisés)
	Adéquation de l'utilisation : services hospitaliers	Utiliser certains services hospitaliers en fonction des besoins de la population (ex. : hospitalisations en soins de courte durée)
	Adéquation de l'utilisation : chirurgies	Pratiquer un nombre de chirurgies en fonction des besoins de la population (ex. : taux d'arthroplasties du genou et taux d'arthroplasties de la hanche)
	Adéquation de l'utilisation : services CLSC	Utiliser les services offerts par les CLSC en fonction des besoins de la population (ex. : utilisation des services en CLSC)
Mobilisation de la communauté	Solidarité sociale	Soutenir le système de santé et de services sociaux en matière de solidarité sociale (ex. : dons dans le budget de santé d'une région)
Attractivité régionale	Capacité de rétention	Se doter des soins et services permettant de traiter les patients dans la région (ex. : rétention des hospitalisations)
	Capacité d'attraction	Se doter des soins et services permettant d'attirer des clientèles extrarégionales (ex. : desserte extrarégionale des hospitalisations)
	Autosuffisance hospitalière	Se doter des soins et services permettant de s'autosuffire (ex. : solde migratoire des hospitalisations)

La disponibilité des ressources (capacités financière, humaine et matérielle) est la première dimension analysée pour la fonction de l'adaptation. Cette année, des ajustements ont été faits dans le calcul de certains indicateurs afin de tenir compte des migrations des hospitalisations entre les différentes régions. De ce fait, il apparaît que les régions éloignées, ainsi que le Bas-Saint-Laurent, sont les régions les mieux dotées. Les régions universitaires se classent aux 6e, 7e et 8e places (soit d'abord Montréal, puis la Capitale-Nationale et l'Estrie). Les régions en périphérie des régions universitaires ainsi que l'Outaouais sont les moins dotées.

Pour ce qui est de la dimension de la viabilité, les Laurentides, la Côte-Nord, l'Outaouais et la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine présentent des performances préoccupantes, notamment en raison d'une performance plus faible dans la sous-dimension de la santé financière (représentée par le *déficit non autorisé sur le budget des établissements*) et dans celle de la capacité d'attirer et de retenir la main-d'œuvre infirmière. De plus, pour la santé administrative, les régions éloignées connaissent aussi une performance préoccupante, tandis que l'Outaouais et les Laurentides montrent tout de même une bonne performance dans cette sous-dimension, soit des résultats de 81,3 % d'atteinte de la balise pour l'Outaouais et de 78,0 % pour les Laurentides. La Capitale-Nationale, l'Estrie et la Chaudière-Appalaches occupent les trois premières places pour la viabilité dans son ensemble avec des performances excellentes, et Montréal occupe une 9e place avec tout de même une bonne performance (81,4 % d'atteinte de la balise, un résultat néanmoins inférieur à celui de l'ensemble du Québec).

Concernant la dimension de l'innovation et de la transformation, voici les cinq régions ayant obtenu une bonne performance (par ordre décroissant) : Estrie, Chaudière-Appalaches, Capitale-Nationale ainsi que Mauricie et Centre-du-Québec. En ce qui a trait à l'Abitibi-Témiscamingue, cinquième région de ce groupe, des données ne sont disponibles que pour une des sous-dimensions mesurées. Toutes les autres régions (pour lesquelles des données sont disponibles) affichent des performances allant de préoccupantes à très préoccupantes. En effet, bien que six des treize régions aient de bonnes performances pour certains indicateurs, comme *l'utilisation du dossier électronique par les médecins* (83,8 % des médecins de Laval, 82,3 % de ceux de Montréal et 69,5 % de ceux de Lanaudière), et que toutes les régions performent très bien pour les indicateurs de la *proportion des médecins utilisant des outils électroniques pour les résultats de laboratoire ou diagnostiques*, peu de régions obtiennent de bonnes performances dans les quatre autres indicateurs reflétant l'utilisation des technologies médicales par les médecins, ce qui explique que l'ensemble du Québec affiche une performance très préoccupante pour cette sous-dimension avec un résultat de 58,4 % d'atteinte de la balise.

En ce qui a trait à la dimension de l'ajustement aux besoins de la population, elle est évaluée par les sous-dimensions de la justesse des services, de la facilité d'entrée, de l'adéquation de l'utilisation des services médicaux et aussi des services offerts en CLSC. Toutes les régions performent très bien dans l'adéquation de l'utilisation des services médicaux, contrairement à la sous-dimension de l'adéquation de l'utilisation des services en CLSC, pour laquelle les régions universitaires et celles à leur périphérie (à l'exception de l'Estrie et de la Chaudière-Appalaches) ont des performances très préoccupantes,

tout comme l'Outaouais et la Côte-Nord. Pour la facilité d'entrée, Montréal (qui se trouve en dernière position), Laval et la Montérégie ont des performances préoccupantes. Par contre, pour la justesse des services, la Côte-Nord, l'Abitibi-Témiscamingue, l'Outaouais, Montréal ainsi que les régions en périphérie des régions universitaires ont des performances très préoccupantes. Tout cela se traduit par des résultats pour la dimension de l'ajustement aux besoins, qui placent l'Outaouais, Montréal, Laval et Lanaudière aux derniers rangs, avec des performances préoccupantes, et le Bas-Saint-Laurent, la Chaudière-Appalaches, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et l'Estrie aux quatre premières places, avec des performances excellentes.

Afin d'évaluer la mobilisation de la communauté, un seul indicateur était disponible pour témoigner de la solidarité sociale. Celui-ci montre que la *proportion des dons dans le budget de santé des établissements* est plus élevée à Montréal, en Estrie, en Abitibi-Témiscamingue et en Chaudière-Appalaches que dans les autres régions.

Pour ce qui est de l'attractivité régionale, les *taux de rétention* et le *solde migratoire des hospitalisations* sont plus élevés dans les régions universitaires et les régions intermédiaires. Laval, Lanaudière, les Laurentides et la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine affichent une performance préoccupante dans cette dimension.

Production

Les dimensions et les sous-dimensions qui composent la fonction de production sont regroupées dans le **tableau 9**. La dimension de l'humanisation a été bonifiée de deux indicateurs.

TABLEAU 9
Dimensions et sous-dimensions de la fonction de production au niveau régional

Production – Régional		
Dimensions	**Sous-dimensions**	**Définitions et exemples de mesures**
Accessibilité	Délais d'attente : chirurgies	Permettre un accès rapide aux chirurgies (ex. : patients opérés à l'intérieur de trois mois pour une chirurgie du genou)
	Délais d'attente : services sociaux	Permettre un accès rapide aux services sociaux (ex. : attente en application des mesures de protection de la jeunesse)
	Perception des usagers de l'accessibilité et de la rapidité des soins	Mesurer la perception des patients par rapport à l'enjeu de l'accessibilité et de la rapidité (ex. : satisfaction des patients à l'égard de l'accessibilité des services)
	Fluidité dans le système	Permettre un parcours de soins sans heurts et sans attente déraisonnable, même une fois la prise en charge entamée (ex. : séjour moyen sur civière à l'urgence)
Qualité technique	Sécurité des soins	Éviter pour les usagers de subir des complications liées aux soins prodigués ou à l'environnement (ex. : pourcentage d'installations ayant un taux d'incidence observé de DACD inférieur ou égal au taux d'incidence établi, en %)
	Pertinence des soins	Prodiguer des soins selon un cadre de pratiques reconnues comme bénéfiques pour les patients (ex. : taux de césariennes)
	Qualité d'exécution	Prodiguer des soins de manière compétente avec un haut standard d'excellence (ex. : taux de réadmissions)

Production – Régional		
Dimensions	**Sous-dimensions**	**Définitions et exemples de mesures**
Productivité	Productivité technique	Utiliser les ressources matérielles avec un niveau d'intensité approprié et efficient (ex. : nombre d'examens réalisés par appareil de tomodensitométrie)
	Productivité financière	Utiliser les ressources financières avec un niveau d'intensité approprié et efficient (ex. : coût par cas pondéré)
	Productivité clinique	Répondre aux impératifs des soins et services dans les meilleurs délais (ex. : nombre d'heures par cas pondéré dans le service de laboratoire)
Globalité	Globalité des services	Offrir une gamme de services élargie (ex. : vaccination contre l'influenza chez les 65 ans et plus)
	Globalité des soins	Offrir des soins répondant à un ensemble plus global de besoins (ex. : satisfaction des usagers à l'égard de la fiabilité des services)
Humanisation	Perception des usagers du niveau d'humanisation	Mesurer la perception des patients par rapport à l'humanisation dans les soins et services (ex. : satisfaction des usagers à l'égard de l'importance accordée aux patients)
	Arrangements organisationnels	Rendre les soins plus supportables et mieux adaptés aux patients (ex. : proportion des lits en chambres privées)
Continuité et coordination	Perception des usagers de la continuité	Mesurer la perception des patients par rapport à la continuité dans le processus de soins donnés aux patients (ex. : satisfaction des usagers à l'égard de la continuité)
	Coordination des services	Assurer une coordination adéquate entre les différentes étapes du processus de soins et les divers intervenants (ex. : aînés admis à l'urgence ayant fait une demande d'hébergement en CHSLD)

La dimension de l'accessibilité dans le système est mesurée par les délais d'attente pour des chirurgies et des services sociaux, ainsi que par la perception des usagers (recueillie par le Conseil québécois d'agrément) et la fluidité des services. Pour les *chirurgies de la hanche et du genou*, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et l'Outaouais se distinguent favorablement des autres régions avec plus de 80 % de leurs patients opérés à l'intérieur de trois mois. La Mauricie et Centre-du-Québec, l'Estrie et la Côte-Nord obtiennent aussi d'assez bons scores de performance pour ces deux indicateurs (plus de 60 % de leurs patients opérés dans les délais). Montréal et Lanaudière ont des scores moyens (environ 50 % de leurs patients opérés dans les délais de référence), contrairement aux huit autres régions, dont la performance est très préoccupante (Laval, la Capitale-Nationale et l'Abitibi-Témiscamingue occupant les trois derniers rangs). De plus, quant à la *proportion des patients opérés dans le délai de référence pour une chirurgie oncologique*, les régions universitaires, de même que les Laurentides et Lanaudière, obtiennent des performances préoccupantes (voire très préoccupantes dans le cas de Montréal et de la Capitale-Nationale). Toutefois, toutes les régions affichent une très bonne performance dans les délais d'attente pour les autres types de chirurgies, à l'exception de deux résultats très préoccupants : ceux de l'Abitibi-Témiscamingue pour la *chirurgie de la cataracte* et de Lanaudière pour la *chirurgie d'un jour*.

Concernant les délais d'attente pour des services sociaux (*évaluation en dépendance*, *évaluation en protection de la jeunesse* et *application des mesures de protection*), seules quatre régions montrent une bonne performance (Lanaudière, Outaouais, Bas-Saint-Laurent et Capitale-Nationale). Les résultats de toutes les autres régions s'avèrent préoccupants, notamment dans les *délais moyens d'attente pour une évaluation en protection de la jeunesse* et pour *l'application des mesures de protection de la jeunesse*.

Quant à la sous-dimension de la fluidité dans le système (*séjours sur civière à l'urgence*), ce sont les régions en périphérie des régions universitaires (à l'exception de Chaudière-Appalaches), de même que Montréal, Outaouais et Côte-Nord, qui obtiennent des résultats préoccupants. Les huit autres régions affichent de très bonnes performances (la Capitale-Nationale étant tout de même au 8e rang). Parallèlement, toutes les régions ont obtenu une performance excellente pour la perception des usagers sur l'accessibilité et la rapidité des services de leur système de santé et de services sociaux.

Tout cela concourt à donner les résultats de performance suivants pour la dimension de l'accessibilité : une performance très préoccupante pour la Montérégie (moins de 65 % d'atteinte de la balise), des performances préoccupantes pour Lanaudière, Laval, Montréal, les Laurentides et la Côte-Nord (régions classées de la plus performante à la moins performante) et de bonnes performances pour les régions intermédiaires, l'Abitibi-Témiscamingue, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, l'Estrie, la Capitale-Nationale et la Chaudière-Appalaches.

Concernant la dimension de la qualité technique, toutes les régions connaissent une bonne performance globale (même excellente pour Laval et le Bas-Saint-Laurent), sauf la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, dont la performance est préoccupante. Toutefois, en observant les résultats de performance pour chacune des trois sous-dimensions composant la qualité technique, il semble que plusieurs régions éprouvent des difficultés

par rapport à certains indicateurs. En effet, à l'égard de la sécurité des soins (représentée par les indicateurs du *taux d'incidence d'infections nosocomiales* et du *taux d'événements de sepsie*), les régions qui se démarquent favorablement sont le Bas-Saint-Laurent, l'Estrie, Laval et la Côte-Nord.

Quant à la pertinence des soins, la performance de plusieurs régions est préoccupante en ce qui concerne plus précisément deux indicateurs : les *taux d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires par rapport au nombre total d'hospitalisations* (pour lesquels seules les régions de Laval, de la Capitale-Nationale, de Montréal, de la Chaudière-Appalaches et du Bas-Saint-Laurent offrent de bonnes performances) et les *taux d'accouchements vaginaux après une césarienne* (pour lesquels seules les régions de la Côte-Nord, de l'Abitibi-Témiscamingue, de Lanaudière et du Saguenay–Lac-Saint-Jean obtiennent de bonnes performances).

Enfin, en ce qui a trait à la qualité d'exécution, quelques régions obtiennent des résultats de performance préoccupants par rapport aux *taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins obstétricaux* et *suivant des soins pour maladie mentale*. En effet, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, l'Estrie et le Saguenay–Lac-Saint-Jean ont des résultats préoccupants pour les deux indicateurs, tandis que la Montérégie et la Chaudière-Appalaches obtiennent une performance préoccupante seulement pour les *taux de réadmissions suivant des soins pour maladie mentale* et les Laurentides, seulement pour les *taux de réadmissions suivant des soins obstétricaux*.

Pour la dimension de la productivité, trois sous-dimensions ont été considérées. Par rapport à la première, qui est la productivité technique, les régions intermédiaires (à l'exception de l'Outaouais) et les régions éloignées, ainsi que la région de Lanaudière, sont les régions qui ont des résultats de performance préoccupants. Cela s'explique notamment par les très faibles *taux d'utilisation des salles d'opération* dans le cas des régions intermédiaires et éloignées. D'ailleurs, seuls les Laurentides, Laval, la Capitale-Nationale et l'Outaouais obtiennent de très bons scores de performance pour cet indicateur.

Pour la productivité financière (mesurée par le *coût par visite à l'urgence ajusté par le NIRRU* et par le *coût d'un séjour standard à l'hôpital*), seule Montréal a des résultats préoccupants. Les régions de Laval, de la Chaudière-Appalaches et de l'Abitibi-Témiscamingue ont des performances excellentes pour cette sous-dimension, alors que toutes les autres régions obtiennent une bonne performance. Par contre, pour la sous-dimension de la productivité clinique, les indicateurs utilisés pour la mesurer font surgir plusieurs défis pour les régions. Par exemple, concernant la *durée moyenne de séjour pour les hospitalisations pour AVC*, seuls l'Abitibi-Témiscamingue, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et le Bas-Saint-Laurent obtiennent de bons résultats d'atteinte de la balise (les résultats de Laval, de Lanaudière, de l'Outaouais et de Montréal étant les plus préoccupants). Toutefois, pour le *nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré de patient hospitalisé dans l'unité de soins infirmiers*, seules les régions éloignées font preuve d'une performance préoccupante. La Capitale-Nationale obtient un excellent résultat d'atteinte de la balise et toutes les autres régions ont de bons résultats. Par rapport au *nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré de patient hospitalisé dans les autres*

services (de *diagnostic*, de *laboratoire clinique* et de *pharmacie*), la Capitale-Nationale a une excellente performance, sauf pour le service de laboratoire clinique; l'Estrie et les Laurentides ont des performances préoccupantes pour les services de diagnostic et de laboratoire clinique; Montréal, la Chaudière-Appalaches, le Bas-Saint-Laurent, la Mauricie et Centre-du-Québec, ainsi que la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, ont des performances préoccupantes dans les trois services; Lanaudière et l'Outaouais ont des performances excellentes dans les trois services.

Concernant la sous-dimension de la globalité des services, toutes les régions ont une bonne performance, voire excellente dans les cas de Mauricie et Centre-du-Québec, Saguenay–Lac-Saint-Jean, Montérégie, Abitibi-Témiscamingue, Capitale-Nationale et Estrie (régions classées par ordre décroissant d'excellence). Toutefois, il apparaît que, pour un des indicateurs mesurant cette sous-dimension, soit *l'intensité des services en soins palliatifs à domicile*, Lanaudière, la Côte-Nord et le Bas-Saint-Laurent obtiennent des performances très préoccupantes. Quant à la sous-dimension de la globalité des soins, qui correspond au degré de satisfaction des usagers à l'égard de la solidarisation, toutes les régions performent bien, avec un peu plus de 80 % des usagers satisfaits (mais moins que la balise fixée à 95 %). Tous ces résultats confèrent une bonne performance à l'ensemble des régions pour la dimension de la globalité de leur système de santé et de services sociaux.

Par rapport à la dimension de l'humanisation, l'ensemble des régions a une excellente performance pour la sous-dimension de la perception des usagers du niveau d'humanisation. Par contre, la plupart des régions obtiennent une performance très préoccupante en ce qui concerne la sous-dimension des arrangements organisationnels. En effet, aucune des régions n'est proche de la norme fixée pour la *proportion des lits de courte et de longue durée en chambres privées*. De plus, pour la *proportion des patients de 75 ans et plus sur civière pendant plus de 48 h* ou ceux *présents aux urgences pour des problèmes de santé mentale qui se retrouvent sur civière pendant plus de 48 h*, seules quatre régions se démarquent favorablement, soit le Bas-Saint-Laurent, l'Abitibi-Témiscamingue, la Chaudière-Appalaches et le Saguenay–Lac-Saint-Jean. Au contraire, Lanaudière, Montréal, les Laurentides, l'Outaouais et la Capitale-Nationale se distinguent défavorablement par rapport à ces deux indicateurs. Tout cela fait que, pour la dimension de l'humanisation, les régions universitaires, ainsi que les régions en leur périphérie (à l'exception de Chaudière-Appalaches), obtiennent des performances préoccupantes, de même que l'Outaouais et la Côte-Nord.

Concernant la dernière dimension de la fonction de production, soit la continuité et la coordination, le *degré de satisfaction des usagers à l'égard de la continuité* traduit une bonne performance pour l'ensemble des régions pour la première sous-dimension (celle de la perception des usagers). Toutefois, pour la deuxième sous-dimension, soit la coordination des services, la plupart des régions obtiennent des résultats de performance préoccupants, à l'exception de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, du Bas-Saint-Laurent, de la région de Montréal et de l'Abitibi-Témiscamingue (notamment à cause de leurs résultats pour la *proportion des personnes de 75 ans et plus admises à l'urgence ayant fait une demande d'hébergement en CHSLD*). Cependant, l'ensemble des régions affiche une très bonne performance quant au *degré moyen d'implantation des réseaux*

de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA), bien que le degré d'implantation soit moins élevé pour Lanaudière, la Côte-Nord, la Capitale-Nationale, Montréal et le Saguenay–Lac-Saint-Jean. De plus, pour ce qui est de *l'assignation d'une infirmière pivot en oncologie*, toutes les régions démontrent une bonne performance. Les régions périphériques des régions universitaires ainsi que la Côte-Nord, l'Outaouais et Montréal ont les plus faibles résultats. Tous ces résultats traduisent une bonne performance globale pour la dimension de la continuité et de la coordination pour l'ensemble des régions, à l'exception des Laurentides et de Lanaudière. Les régions de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, de Montréal et du Bas-Saint-Laurent se distinguent favorablement.

Maintien et développement

La fonction de maintien et développement des valeurs du système est mesurée grâce à la dimension de la qualité de vie au travail, qui se décline elle-même en trois sous-dimensions, présentées dans le **tableau 10**.

TABLEAU 10
Dimension et sous-dimensions de la fonction de maintien et développement au niveau régional

Maintien et développement – Régional		
Dimension	**Sous-dimensions**	**Définitions et exemples de mesures**
Qualité de vie au travail	Environnement de travail	Valoriser le développement des compétences des employés et la confiance mutuelle (ex. : heures travaillées consacrées à la formation)
	Climat et satisfaction	Mesurer la perception des employés à propos de divers aspects de leur qualité de vie au travail (ex. : satisfaction du personnel à l'égard du leadership)
	État de santé des employés	Donner accès à un environnement de travail sain et sécuritaire favorisant un bon état de santé chez les employés (ex. : absentéisme par rapport aux heures travaillées)

La mesure de la fonction de maintien et développement du système s'appuie sur une seule dimension, soit la qualité de vie au travail. Pour la sous-dimension de l'environnement de travail, la Côte-Nord, les Laurentides, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, l'Outaouais et Lanaudière montrent une performance préoccupante (régions classées du résultat d'atteinte de la balise du plus faible au moins faible). Il faut toutefois noter qu'en lien avec les indicateurs de la *proportion du budget consacré à la formation* et la *proportion des heures travaillées consacrées à la formation*, l'ensemble des régions se retrouve en dessous de la norme et présente des résultats de performance très préoccupants. Pour ce qui est de la sous-dimension liée au climat et à la satisfaction des employés, la plupart

des régions obtiennent des résultats d'atteinte de la balise préoccupants pour plusieurs des indicateurs la composant (pour cinq indicateurs sur les onze). C'est le cas pour le *degré de satisfaction du personnel à l'égard de l'implication* (où seules la Capitale-Nationale, la Mauricie et Centre-du-Québec et l'Estrie ont de bonnes performances); pour le *degré de satisfaction du personnel à l'égard du soutien* (où seules l'Estrie et la Capitale-Nationale se démarquent favorablement); pour le *degré de satisfaction du personnel à l'égard de la communication* (où toutes les régions affichent un résultat d'atteinte de la balise préoccupant); pour la *proportion des médecins assez ou très satisfaits de l'équilibre entre leurs engagements personnels et professionnels* (où seule la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine se distingue favorablement). Ainsi, comme résultat global de la sous-dimension, Montréal, les Laurentides, l'Outaouais, la Côte-Nord et Laval obtiennent des résultats d'atteinte de la balise plus faibles (Montréal étant au dernier rang des régions). Concernant la sous-dimension de l'état de santé des employés, représentée par la *proportion d'absentéisme par rapport aux heures travaillées*, la Côte-Nord et les Laurentides se démarquent défavorablement. Ainsi, la Capitale-Nationale, l'Estrie, la Chaudière-Appalaches et Laval sont les régions qui obtiennent les meilleurs résultats dans l'atteinte de la balise pour la dimension de la qualité de vie au travail.

Atteinte des buts

Cette section présente les résultats des régions du Québec pour les dimensions et les sous-dimensions de la fonction d'atteinte des buts, qui sont présentées dans le **tableau 11**.

TABLEAU 11
Dimensions et sous-dimensions de la fonction d'atteinte des buts au niveau régional

Atteinte des buts – Régional		
Dimensions	**Sous-dimensions**	**Définitions et exemples de mesures**
Efficacité d'utilisation	Mortalité hospitalière	Diminuer la mortalité hospitalière lors de l'utilisation des services hospitaliers (ex. : mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un AVC)
	Soins en santé mentale	Accroître le caractère approprié des soins en santé mentale (ex. : taux ajusté des hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale)
Efficacité populationnelle	Morbidité et mortalité infantile	Diminuer la morbidité et la mortalité chez les jeunes enfants (ex. : taux de mortalité infantile)
	Mortalité évitable	Exercer une influence positive afin d'éviter les décès liés à des causes traitables ou ayant pu être prévenues (ex. : taux de mortalité liée à des causes traitables)
	Habitudes de vie	Exercer une influence positive afin de contribuer à l'appropriation de bonnes habitudes de vie (ex. : taux de tabagisme)
	Santé mentale	Exercer une influence positive sur la santé mentale de la population (ex. : taux de mortalité par suicide)
	Santé générale	Exercer une influence positive sur la santé générale de la population (ex. : espérance de vie à 65 ans)
Satisfaction globale	Satisfaction de la population	Satisfaire les attentes de la population par rapport au système (ex. : nombre de plaintes)
Équité	Équité de santé intrarégionale en fonction du niveau de favorisation	Contribuer à réduire les écarts de santé en regard du niveau de défavorisation matérielle (ex. : écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour le faible poids à la naissance)
	Équité de santé intrarégionale en fonction du genre	Contribuer à réduire les écarts de santé en regard du sexe (ex. : écart intrarégional entre les genres pour l'espérance de vie à 65 ans)

La dernière fonction analysée est l'atteinte des buts. Elle mesure, dans chacune des régions, si le système de santé et de services sociaux a été efficace (autant après l'utilisation de ses services que par son impact sur la santé et le bien-être de la population), s'il a été équitable, ainsi que le niveau de satisfaction globale de la population à son égard. Concernant la dimension de l'efficacité d'utilisation, c'est la région de Laval qui se démarque le plus avec une excellente performance (91,2 % d'atteinte de la balise). Elle est suivie par l'Estrie, la Montérégie, puis la Capitale-Nationale. L'Outaouais et la Côte-Nord présentent les moins bons résultats. C'est particulièrement au sein de la sous-dimension des soins en santé mentale (ajoutée cette année) qu'il y a le plus de variation entre les résultats des différentes régions. En effet, les régions éloignées et les régions intermédiaires (à l'exception de l'Outaouais, pour laquelle des données sont manquantes), de même que la Chaudière-Appalaches, ont des performances préoccupantes pour cette sous-dimension.

Pour la dimension de l'efficacité populationnelle, cinq sous-dimensions ont été considérées. Par rapport à la morbidité et mortalité infantile, l'Outaouais, Lanaudière, la Capitale-Nationale, la Montérégie et l'Estrie se démarquent favorablement avec des pourcentages d'atteinte de la balise qui leur confèrent une performance excellente. Seule la Côte-Nord obtient un résultat préoccupant pour cette sous-dimension, en raison de ses taux de mortalité néonatale et infantile un peu plus élevés que ceux des autres régions. Pour la mortalité évitable, toutes les régions obtiennent de bons résultats d'atteinte de la balise. Par contre, pour les habitudes de vie, quelques indicateurs font ressortir des défis dans certaines régions. Par exemple, concernant la *proportion de la population atteinte d'obésité*, les régions éloignées et les régions en périphérie des régions universitaires (à l'exception de Chaudière-Appalaches et de Lanaudière), de même que le Bas-Saint-Laurent et l'Outaouais, présentent des résultats d'atteinte de la balise préoccupants (en particulier Laval et la Côte-Nord, régions dans lesquelles environ 24 % de la population est atteinte d'obésité). Par contre, le Saguenay–Lac-Saint-Jean, Montréal et la Chaudière-Appalaches se distinguent favorablement pour cet indicateur (avec moins de 15 % de leur population atteinte d'obésité). De plus, pour le taux de consommation d'alcool, seules les régions de Laval, du Bas-Saint-Laurent, de Lanaudière, de la Montérégie et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ont de bons scores de performance, toutes les autres régions ayant une performance préoccupante. Toutefois, les résultats globaux pour la sous-dimension des habitudes de vie traduisent une bonne performance pour l'ensemble des régions, sauf pour la Côte-Nord.

Pour ce qui est de la sous-dimension de l'efficacité populationnelle en santé mentale, seules les régions de Laval, de Montréal et de la Capitale-Nationale se démarquent favorablement, toutes les autres régions ayant des performances allant de préoccupantes à très préoccupantes. En effet, même s'il n'y a pas de très grandes variations entre les régions pour le *taux de mortalité par suicide* (les taux en Abitibi-Témiscamingue, en Chaudière-Appalaches et en Mauricie et Centre-du-Québec étant tout de même plus élevés que ceux d'autres régions du Québec), les *taux d'hospitalisations à la suite d'une blessure auto-infligée* sont nettement plus élevés dans certaines régions que dans d'autres, Laval et Montréal ayant, par ailleurs, les taux les plus faibles. Pour la sous-dimension de la santé générale (*espérance de vie à 65 ans* ou encore *proportion de la population ayant une santé fonctionnelle bonne à pleine*), l'ensemble des régions obtient de très bons scores

d'atteinte de la balise et donc une excellente performance. Ainsi, pour la dimension de l'efficacité populationnelle, toutes les régions font preuve d'une bonne performance (Laval et Montréal étant aux premiers rangs avec une performance excellente, alors que la Côte-Nord et l'Abitibi-Témiscamingue se trouvent aux derniers rangs).

Pour la dimension de la satisfaction globale envers le système de santé et de services sociaux, il apparaît que c'est à Montréal que le *nombre de plaintes pour 10 000 habitants* est le plus élevé. C'est aussi dans cette région que le degré de satisfaction globale des usagers est nettement inférieur à la balise fixée pour l'ensemble des régions. Il est légèrement plus élevé dans les Laurentides, en Outaouais et dans la Capitale-Nationale que dans les autres régions, avec un peu plus de 62 % des usagers satisfaits.

En regard de l'équité, la dernière dimension de la fonction de l'atteinte des buts, deux sous-dimensions sont considérées, soit l'équité de santé intrarégionale en fonction du niveau de favorisation et celle en fonction du genre. Les dernières données disponibles datent de 2009. Pour la première sous-dimension, les régions éloignées ainsi que le Bas-Saint-Laurent, le Saguenay–Lac-Saint-Jean, la Chaudière-Appalaches et Laval obtiennent des résultats de performance excellents. Par contre, Lanaudière, la Montérégie, la Capitale-Nationale, Montréal, la Mauricie et Centre-du-Québec et l'Outaouais présentent des performances préoccupantes. Ces résultats s'expliquent par les variations observées entre les régions quant à *l'écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées* pour les indicateurs des *années potentielles de vie perdues*, de *l'espérance de vie à 65 ans* et du *taux de mortalité évitable*. Toutefois, pour la deuxième sous-dimension (l'équité de santé en fonction du genre), il n'y a pas une grande variation entre les régions, toutes ayant une bonne performance. Globalement, pour la dimension de l'équité, seules les régions de la Mauricie et Centre-du-Québec, l'Outaouais, la Capitale-Nationale, Montréal et la Montérégie montrent des résultats d'atteinte de la balise préoccupants.

L'ANALYSE INTERRÉGIONALE DES ENJEUX

Pour apprécier la performance du système de santé et de services sociaux du Québec et de ses régions, il faut compléter la présentation des résultats obtenus pour chacune des différentes dimensions du modèle EGIPSS en mettant l'accent sur des enjeux systémiques qui préoccupent les décideurs et les citoyens.

En effet, la recherche de cohérence des composantes et interventions du système de santé et de services sociaux est un facteur important pour comprendre la performance globale du système et identifier des leviers potentiels d'amélioration. Ainsi, les liens qui existent entre les dimensions et les sous-dimensions du modèle permettent d'interpréter les résultats des analyses avec plus de perspectives, au-delà du regard porté sur chaque dimension prise individuellement. C'est cette capacité d'analyse relationnelle qui a été utilisée pour discuter de certains enjeux récurrents du système de santé et de services sociaux.

Cinq enjeux sont retenus :

- Les résultats de santé attribuables au système de santé et de services sociaux
- L'accessibilité des soins
- La productivité
- La qualité de vie au travail
- L'efficience du réseau

Pour analyser chacun de ces enjeux et identifier des leviers potentiels d'amélioration, deux sources d'information ont été utilisées. La première résulte d'une revue des connaissances sur les déterminants et les conséquences de chaque enjeu (effectuée par des chercheurs de l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal). La deuxième source d'information est constituée par les relations empiriques trouvées entre les sous-dimensions du modèle EGIPSS pour les quinze régions du Québec.

Pour ce faire, l'importance relative de l'influence des différentes dimensions et sous-dimensions sur l'enjeu examiné a été estimée. La principale limite de cette analyse est le nombre restreint de régions. En effet, le nombre de régions sociosanitaires considérées (15 régions) affecte la puissance statistique des analyses. Cependant, ces tests fournissent des pistes sur des tendances qui méritent d'être soulignées et intégrées dans les réflexions sur l'amélioration de la performance du système de santé et de services sociaux.

Résultats de santé attribuables au système de santé et de services sociaux dans les régions : efficacité d'utilisation

Les résultats de santé attribuables au système de santé et de services sociaux sont appréciés par l'efficacité d'utilisation (résultats des services de soins sur les personnes qui les utilisent) et l'efficacité populationnelle (résultats de santé sur la population dont est responsable le réseau de la santé et des services sociaux). La littérature indique que l'efficacité d'utilisation est influencée par la sécurité et la pertinence des soins, la qualité de vie au travail, la facilité d'entrée, l'humanisation des soins, la disponibilité des ressources ainsi que l'innovation et transformation.

Pour cet enjeu, l'ensemble du Québec obtient un résultat de 83,1% d'atteinte de la balise pour l'efficacité d'utilisation. Neuf régions sociosanitaires se trouvent en dessous de ce résultat: Montréal, Lanaudière, Laurentides, Bas-Saint-Laurent, Saguenay–Lac-Saint-Jean, Mauricie et Centre-du-Québec, Outaouais, Abitibi-Témiscamingue et Côte-Nord. Les régions qui réussissent le mieux en matière d'efficacité d'utilisation sont Laval, l'Estrie, la Montérégie, la Capitale-Nationale, la Chaudière-Appalaches et la Gaspésie–Îles-de-la- Madeleine.

L'analyse des données régionales (**figure 14**) indique que les dimensions qui semblent le plus avoir un impact positif sur l'efficacité d'utilisation dans les régions du Québec sont la qualité de vie au travail et la sécurité des soins. Cependant, les résultats d'atteinte de la balise pour ces deux dimensions sont relativement faibles. L'amélioration de leurs résultats pourrait permettre d'accroître l'efficacité d'utilisation, ce qui fait de ces dimensions des leviers potentiels d'action.

Les connaissances et les résultats observés au Québec convergent pour montrer qu'il est essentiel de maintenir et d'améliorer la qualité de vie au travail pour améliorer l'efficacité du système. De façon plus précise, voici les leviers potentiels pour améliorer l'impact de l'utilisation des services sur la santé de la population :

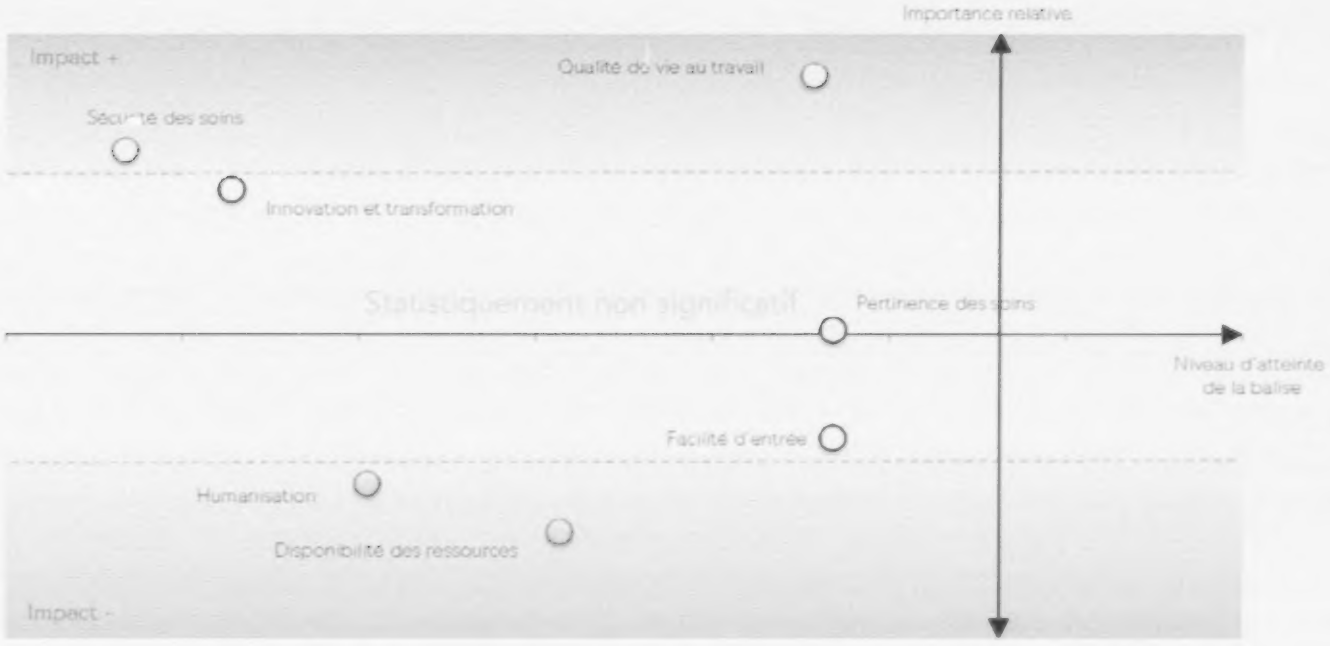
Pour la qualité de vie au travail

- le maintien d'un bon climat de travail au sein des équipes;
- le soutien à la formation des employés.

Pour la sécurité des soins

- la minimisation des complications liées aux soins prodigués ou à l'environnement des soins.

FIGURE 14
Analyse de l'efficacité d'utilisation



Peut-on agir sur l'accès aux services?

L'accessibilité demeure l'un des enjeux majeurs du système de santé et de services sociaux québécois. La littérature montre que l'accessibilité est influencée par la disponibilité des ressources, la facilité d'entrée, la productivité, la pertinence des soins ainsi que l'innovation et transformation.

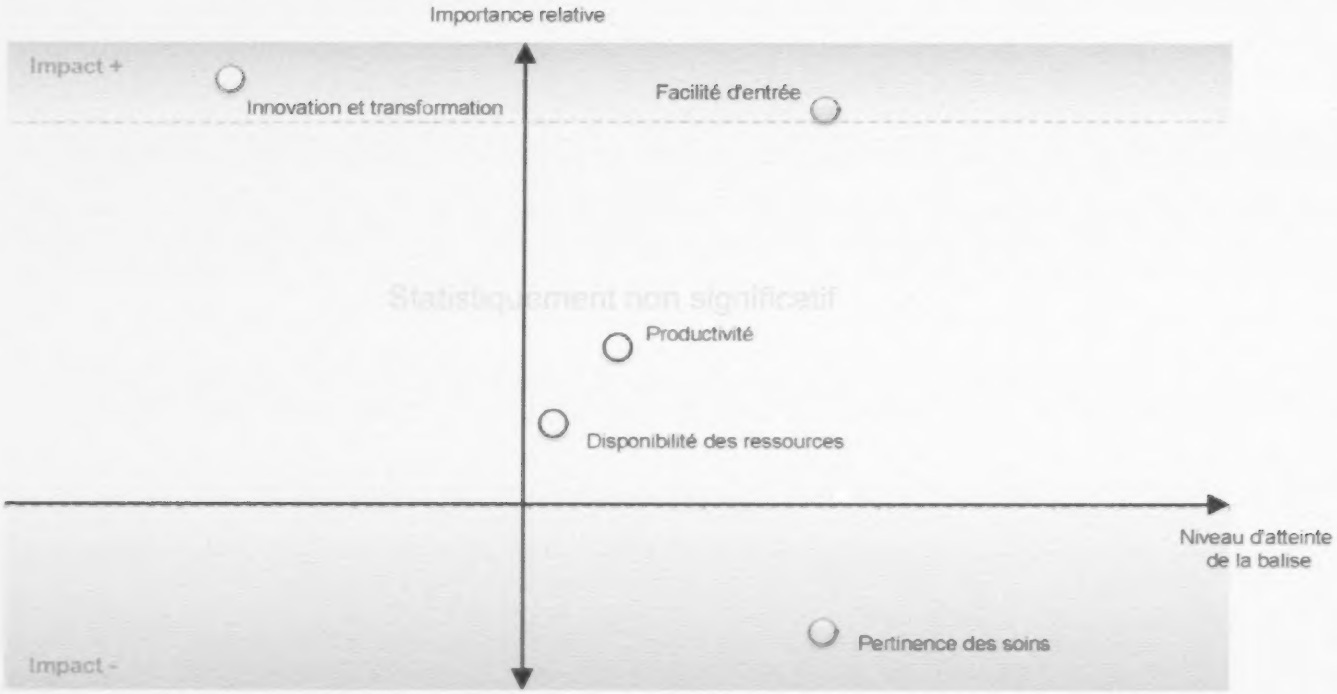
L'ensemble du Québec obtient un résultat de 69,8% d'atteinte de la balise pour l'accessibilité, un résultat qui est préoccupant selon l'échelle de performance utilisée. Cinq régions se trouvent sous ce score: Montréal, Laval, Laurentides, Montérégie et Côte-Nord. Les régions dans lesquelles l'accessibilité est meilleure sont le Bas-Saint-Laurent, l'Outaouais, l'Abitibi-Témiscamingue, le Saguenay–Lac-Saint-Jean, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et l'Estrie.

L'analyse des données régionales (**figure 15**) indique que les précurseurs qui semblent le plus avoir un impact positif sur l'accessibilité dans les régions du Québec sont la facilité d'entrée ainsi que l'innovation et transformation. Le résultat d'atteinte de la balise pour l'innovation et transformation est relativement faible pour l'ensemble du Québec. L'amélioration de ce résultat pourrait permettre d'accroître l'accessibilité, ce qui fait de cette dimension un levier potentiel d'action.

Plus précisément, voici les leviers potentiels pour améliorer l'accessibilité des soins:

- l'utilisation des technologies informatiques par les médecins;
- le déploiement d'infirmières praticiennes spécialisées.

FIGURE 15
Analyse de l'accessibilité



Productivité : le volume et la qualité des services sont-ils appropriés?

L'amélioration de la productivité est une préoccupation pour l'ensemble des acteurs du système de santé et de services sociaux. En effet, une bonne productivité a des répercussions importantes sur les différentes dimensions de la performance du système. La littérature indique que les précurseurs de la productivité sont la qualité de vie au travail, l'attractivité régionale, l'accessibilité et la disponibilité des ressources.

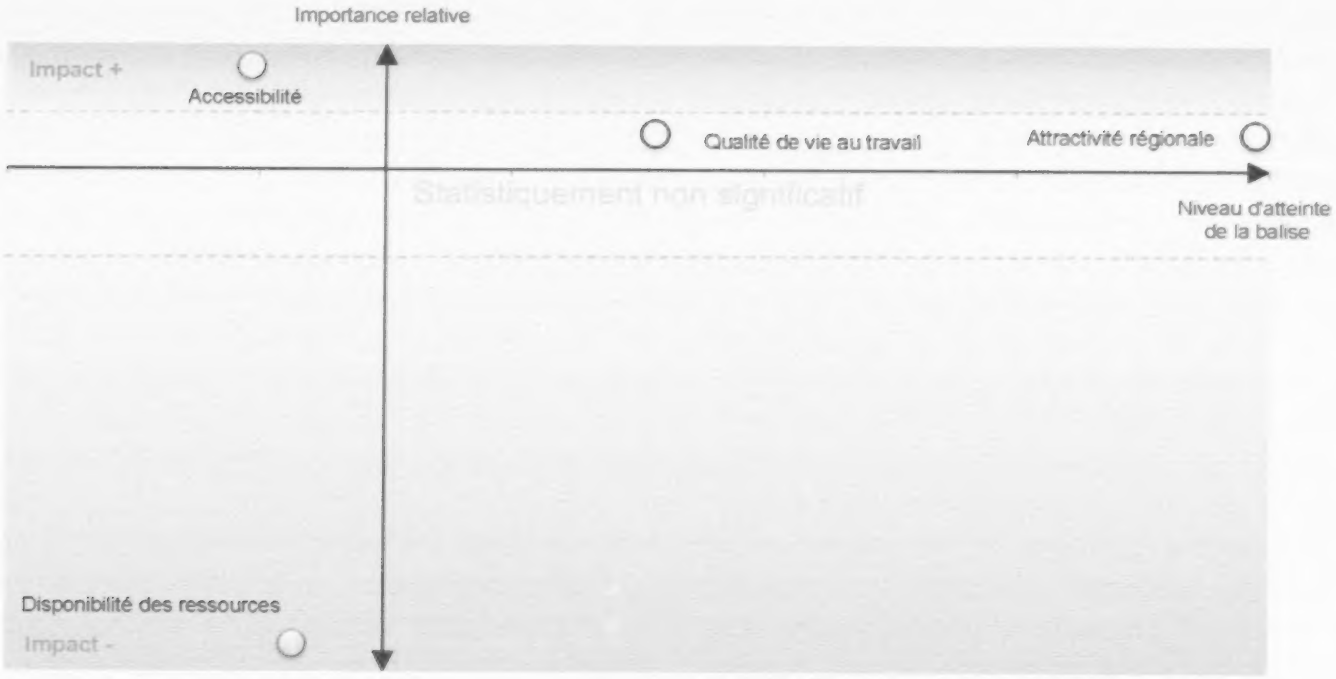
L'ensemble du Québec obtient un résultat de 72,5% d'atteinte de la balise pour la productivité, un résultat préoccupant selon l'échelle d'appréciation de la performance. Quatre régions se trouvent sous ce score : Montréal, Bas-Saint-Laurent, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Côte-Nord. Les régions qui ont la meilleure productivité sont l'Outaouais, Laval et la Capitale-Nationale.

L'analyse des données régionales (**figure 16**) indique que le précurseur qui semble le plus avoir un impact positif sur la productivité est l'accessibilité. Toutefois, celle-ci a un faible résultat d'atteinte de la balise et pourrait donc constituer un levier potentiel pour accroître la productivité du système.

De façon plus précise, voici les leviers potentiels pour améliorer la productivité :

- un meilleur accès, plus particulièrement aux services sociaux;
- la fluidité des services une fois dans le système.

FIGURE 16
Analyse de la productivité



La qualité de vie au travail des employés du réseau de la santé et des services sociaux

La qualité de vie au travail fait référence à différents éléments qui permettent de mesurer l'interaction entre les éléments physiques liés à l'environnement de travail et des éléments psychologiques associés aux perceptions des employés. La littérature permet de croire qu'une bonne qualité de vie au travail, avec du personnel satisfait, augmente les chances d'avoir des soins pertinents et de qualité, un niveau d'humanisation élevé et de bons résultats de santé, notamment dans le secteur hospitalier.

L'ensemble du Québec obtient un résultat de 77,8 % d'atteinte de la balise pour la qualité de vie au travail, ce qui est une bonne performance selon l'échelle d'appréciation de la performance. Cependant, sept régions se trouvent sous ce score : Lanaudière, Laurentides, Montérégie, Outaouais, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, Saguenay–Lac-Saint-Jean et Côte-Nord. Les régions qui ont une meilleure qualité de vie au travail sont la Capitale-Nationale, l'Estrie, la Chaudière-Appalaches et Laval.

L'analyse des données régionales (**figure 17**) montre que les précurseurs qui semblent le plus avoir un impact positif sur la qualité de vie au travail sont la mortalité hospitalière, la justesse des services ainsi que l'innovation et transformation. Cependant, les résultats d'atteinte de la balise pour la justesse des services ainsi que l'innovation et transformation sont relativement faibles. L'amélioration de leurs résultats pourrait permettre d'accroître la qualité de vie au travail, ce qui fait de ces dimensions des leviers potentiels d'action.

Plus précisément, voici les leviers potentiels pour améliorer la qualité de vie au travail :

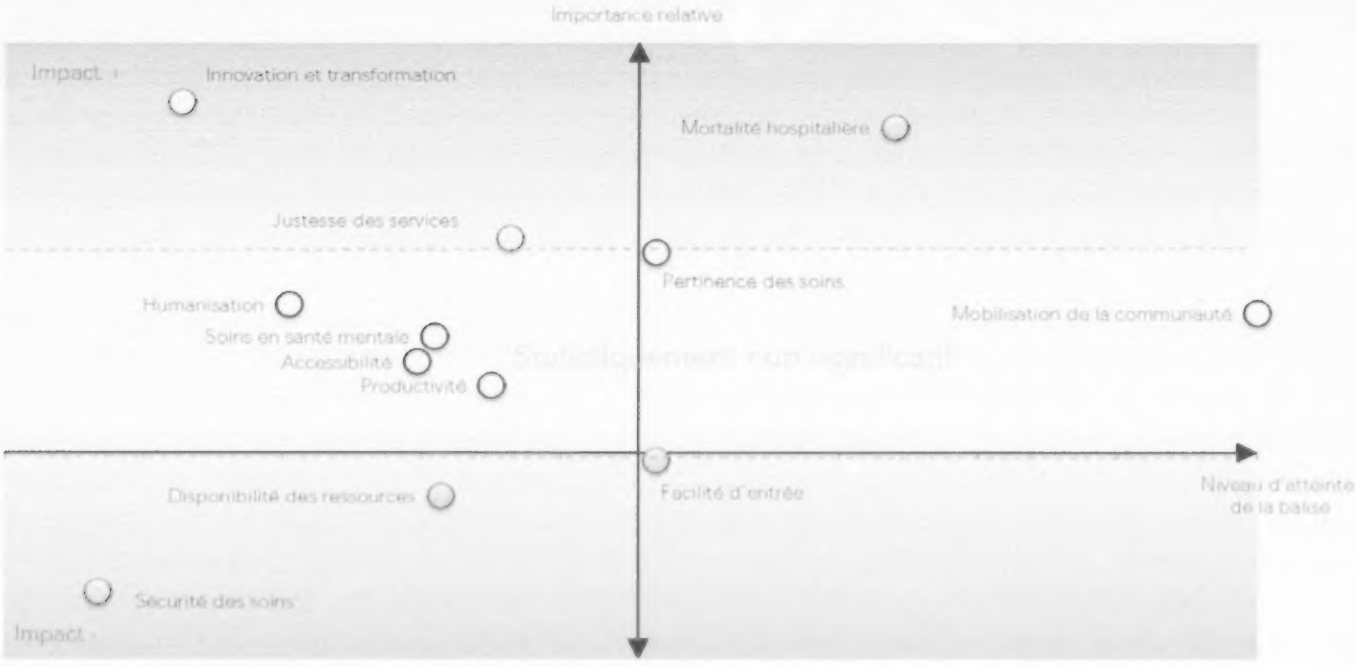
Pour la justesse des services

- une offre de services qui répond adéquatement aux besoins de la population;
- des clientèles qui sont à la bonne place.

Pour l'innovation et transformation

- l'utilisation des technologies informatiques par les médecins;
- le déploiement d'infirmières praticiennes spécialisées.

FIGURE 17
Analyse de la qualité de vie au travail



Quels sont les résultats de santé en fonction des sommes investies?

Comme dans l'analyse de l'efficience au niveau interprovincial, l'analyse de l'efficience au niveau interrégional met en relation la disponibilité des ressources avec la performance d'autres dimensions. Parler d'efficience, c'est se demander si, en fonction des ressources disponibles, les résultats obtenus sont satisfaisants. Pour classer les régions selon leur niveau d'efficience, chacune d'elle est analysée en fonction de six dimensions et sous-dimensions. Il s'agit de la viabilité, de la facilité d'entrée, de la qualité technique, de la continuité et coordination ainsi que de l'efficacité d'utilisation et de l'efficacité populationnelle. Lorsque le résultat d'atteinte de la balise de l'une des dimensions considérées dépasse le niveau de disponibilité des ressources, la région obtient un point d'efficience. Une région peut donc récolter de zéro à six points d'efficience. Selon le barème utilisé, une région accumulant cinq ou six points d'efficience a une efficience élevée; l'efficience est moyenne pour trois ou quatre points et faible pour zéro à deux points.

Comme le montre la **figure 18**, les régions obtiennent en général une efficience élevée pour les dimensions considérées. Seules les régions de la Côte-Nord et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (deux des trois régions éloignées) ont un faible niveau d'efficience.

FIGURE 18
Analyse régionale de l'efficience

Synthèse de l'efficience		
Efficience élevée	**Efficience moyenne**	**Efficience faible**
Capitale-Nationale Chaudière-Appalaches Montréal Estrie Laval Lanaudière Laurentides Montérégie Bas-Saint-Laurent Saguenay–Lac-Saint-Jean Mauricie et Centre-du-Québec Outaouais Abitibi-Témiscamingue		Côte-Nord Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

Réussites et défis pour les régions du Québec

L'analyse des résultats au niveau régional permet de faire ressortir des constats généraux sur la performance des régions et des groupes de régions. Selon les indicateurs du modèle d'analyse, les régions de la Capitale-Nationale, de l'Estrie et de la Chaudière-Appalaches sont celles qui ont les meilleurs résultats pour la viabilité du système, c'est-à-dire un meilleur contrôle des dépenses et une meilleure capacité d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre médicale et infirmière. Les Laurentides, l'Outaouais ainsi que deux des régions éloignées (Côte-Nord et Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine) obtiennent les plus bas résultats pour cette dimension.

Les régions du Bas-Saint-Laurent, de la Chaudière-Appalaches, de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et de l'Estrie figurent en tête de liste en regard de leurs résultats pour la dimension de l'ajustement aux besoins de la population, alors que l'Outaouais, Montréal, Laval et Lanaudière ont des niveaux de performance préoccupants.

Les régions universitaires se démarquent pour la dimension de l'attractivité régionale. C'est le cas aussi pour les régions intermédiaires. En dehors de la Chaudière-Appalaches et de la Montérégie, les régions en périphérie des régions universitaires obtiennent des résultats préoccupants à cet égard, particulièrement la région de Laval (56,9 % d'atteinte de la balise).

L'utilisation des technologies informatiques par les médecins est un défi majeur pour le Québec. Seules deux régions obtiennent une bonne performance pour la sous-dimension, soit l'Estrie et Laval. Les autres régions ont des résultats allant de préoccupants à très préoccupants.

Pour l'analyse régionale de l'accessibilité, la plupart des régions présentent de bonnes performances pour les délais d'attente en chirurgie. Par contre, pour les délais d'attente en services sociaux, seules quatre régions (Lanaudière, Outaouais, Bas-Saint-Laurent et Capitale-Nationale) obtiennent une bonne performance. En ce qui concerne la fluidité dans le système, la région de Montréal et les régions en périphérie des régions universitaires (à l'exception de Chaudière-Appalaches) obtiennent des résultats très préoccupants. C'est également le cas pour l'Outaouais et la Côte-Nord.

En général, toutes les régions du Québec obtiennent de bons résultats pour la qualité technique. Cependant, le défi à relever reste la sécurité des soins comme mesurée par les indicateurs en lien avec les infections nosocomiales et le risque de sepsie en milieu hospitalier. En fonction des indicateurs du modèle d'analyse, cinq régions du Québec obtiennent des résultats très préoccupants (Montréal, Saguenay–Lac-Saint-Jean, Capitale-Nationale, Lanaudière et Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine) et quatre régions, des résultats préoccupants (Montérégie, Outaouais, Mauricie et Centre-du-Québec et Chaudière-Appalaches).

Pour ce qui est de l'humanisation des soins et services, la perception des usagers à cet égard est très bonne dans l'ensemble des régions du Québec. Par contre, la plupart des régions obtiennent une performance très préoccupante en ce qui concerne la sous-dimension des arrangements organisationnels (dispositions organisationnelles permettant de rendre les soins et services plus supportables et mieux adaptés aux usagers). En effet, seulement quatre régions obtiennent une bonne performance pour cette sous-dimension de l'humanisation des soins et services. Il s'agit du Bas-Saint-Laurent, de la Chaudière-Appalaches, du Saguenay–Lac-Saint-Jean et de l'Abitibi-Témiscamingue.

En général, les résultats pour l'efficacité d'utilisation sont satisfaisants dans l'ensemble des régions du Québec, à l'exception de la Côte-Nord et de l'Outaouais. Cependant, il existe une importante variation entre les régions éloignées ou intermédiaires et les régions universitaires ou en leur périphérie pour ce qui est de l'efficacité d'utilisation des soins en santé mentale.

L'analyse des enjeux a mis en évidence des leviers d'amélioration pour chacun des enjeux identifiés. Par exemple, pour améliorer l'impact de l'utilisation des services sur la santé de leur population, les meilleurs leviers semblent être la qualité de vie au travail, l'utilisation des technologies informatiques et la sécurité des soins. Quant à l'accessibilité, les leviers potentiels d'amélioration sont la mise en place d'infirmières praticiennes spécialisées et une plus grande utilisation des technologies informatiques par les médecins. Les analyses montrent que l'accès aux services sociaux ainsi que la fluidité des services sont de potentiels leviers pour accroître la productivité du système. Enfin, l'ajustement aux besoins de la population ainsi que l'innovation et transformation sont de potentiels leviers pour une meilleure qualité de vie au travail dans les régions du Québec.

Tableau 12

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Adaptation

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES			RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGIONS ISOLÉES		
					CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
Disponibilité des ressources	Capacité financière	50,0%	Dépenses publiques de santé par habitant pour l'ensemble des programmes-services et des services médicaux, en $ CAN	2012-2013	2469	2813	2432	3590	3101	3307	3010	2933	3754	3160	3338	2483	3461	5605	6110	2957	5076	–	–
		20,0%	Coût ajusté par habitant du programme-service Santé physique, en $ CAN	2012-2013	918	911	955	770	732	762	808	760	924	865	733	847	812	1493	1102	922	–	–	–
		10,0%	Coût ajusté par habitant du programme-service Santé mentale, en $ CAN	2012-2013	217	133	209	131	86	114	106	98	152	143	120	120	132	131	166	152	–	–	–
		15,0%	Coût ajusté par habitant de 65 ans et plus du programme-service Soutien à l'autonomie des personnes âgées, en $ CAN	2012-2013	2079	2096	2659	2138	1951	2803	2310	2263	1875	1824	1881	2732	2851	3371	1964	2341	–	–	–
		5,0%	Dépenses pour les organismes communautaires par habitant, en $ CAN	2012-2013	60,0	60,2	59,1	58,3	47,1	46,0	40,7	45,0	88,6	87,3	78,0	73,4	93,5	112,9	140,3	60,5	284	459	0
		33,3%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		62,4%	62,5%	65,5%	67,7%	58,6%	66,7%	61,5%	59,5%	72,9%	65,4%	63,6%	61,3%	72,3%	96,6%	91,8%	66,2%	–	–	–
	Capacité humaine	15,0%	Nombre de médecins omnipraticiens, pour 1 000 habitants	2012	1,30	1,21	1,09	1,03	0,84	0,78	0,91	0,89	1,34	1,21	1,04	0,95	1,39	1,76	2,07	1,07	3,20	3,20	3,20
		5,0%	Nombre de médecins omnipraticiens en GMF, pour 1 000 habitants	2013-2014	0,65	0,76	0,48	0,60	0,53	0,37	0,38	0,38	0,75	0,69	0,64	0,51	0,84	0,56	0,94	0,52	1,45	–	–
		20,0%	Nombre de médecins spécialistes, pour 1 000 habitants	2012	1,30	1,38	1,47	1,04	0,91	0,81	0,72	0,86	1,27	0,93	0,93	0,75	1,08	1,05	1,61	1,18	0,38	0,53	1,35
		0,0%	Nombre de médecins, pour 1 000 habitants	2012	3,05	2,74	3,20	1,83	1,51	1,35	1,46	1,56	2,50	2,13	1,86	1,65	2,41	2,56	3,27	2,25	3,56	3,56	3,56
		20,0%	Nombre d'effectifs du réseau (cadres et employés), pour 1 000 habitants	2012-2013	27,0	30,2	26,2	30,5	24,4	25,3	23,4	23,2	34,1	31,2	30,3	22,1	33,7	41,8	48,7	27,5	42,2	113,7	268,1
		30,0%	Nombre d'infirmières en équivalents temps complet (ETC), pour 1 000 habitants	2012-2013	6,37	5,79	5,07	6,07	4,55	4,70	4,24	4,38	6,94	6,95	6,11	4,07	6,16	7,87	9,47	6,35	9,49	17,75	32,39
		10,0%	Nombre de pharmaciens, pour 1 000 habitants	2013-2014	1,63	0,95	1,21	1,09	1,03	0,84	0,78	0,92	1,15	1,14	0,91	0,67	0,88	0,81	1,06	1,05	0,78	0,78	0,78
		33,3%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		79,1%	76,6%	72,6%	71,8%	59,0%	55,7%	52,6%	55,8%	83,8%	76,3%	69,3%	52,0%	77,0%	87,6%	97,9%	72,8%	80,9%	78,0%	89,0%
	Capacité matérielle	45,0%	Nombre de lits en soins physiques de courte durée, pour 1 000 habitants	2011-2012	1,83	1,94	1,84	1,64	1,48	1,67	1,67	1,64	2,40	2,66	2,23	1,43	2,12	2,99	2,86	1,88	2,33	1,89	–
		30,0%	Nombre de lits de soins de longue durée, pour 1 000 habitants de 65 ans et plus	2012-2013	30,3	29,2	41,9	28,5	21,9	25,9	23,0	23,3	26,4	24,6	27,3	26,4	31,2	28,9	25,8	29,7	23,9	38,6	–
		5,0%	Nombre de lits en soins palliatifs, pour 1 000 habitants	2013-2014	0,13	0,12	0,09	0,10	0,06	0,08	0,08	0,08	0,14	0,11	0,11	0,07	0,19	0,20	0,02	0,09	0,07	0,00	0,00
		20,0%	Taux de lits en soins psychiatriques, pour 1 000 habitants	2012-2013	0,50	0,36	0,68	0,31	0,10	0,29	0,26	0,22	0,29	0,43	0,37	0,33	0,44	0,46	0,39	0,40	–	–	–
		33,3%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		77,4%	72,8%	81,8%	65,0%	47,9%	61,7%	58,3%	56,6%	75,6%	82,4%	75,7%	59,7%	81,9%	92,0%	82,3%	73,0%	59,8%	60,0%	–
		16,7%	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise		73,0%	70,6%	73,3%	68,2%	55,2%	61,4%	57,5%	57,3%	77,4%	74,7%	69,5%	57,7%	77,1%	92,1%	90,7%	70,7%	–	–	–

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

Tableau 12 (suite)

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Adaptation

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES			RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGIONS ISOLÉES		
					CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
Viabilité	Santé administrative	70,0%	Dépenses administratives par rapport aux dépenses totales, en %	2012-2013	3,55	4,54	4,08	4,88	3,77	4,19	5,00	4,43	4,41	5,06	4,93	4,53	5,53	5,54	5,64	4,30	7,99	7,27	4,72
		30,0%	Taux d'encadrement	2012-2013	19,4	21,9	16,2	19,2	18,8	18,3	19,5	17,8	20,9	19,3	19,9	18,2	14,4	13,7	15,8	17,7	14,7	11,3	15,0
		25,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		97,8%	85,1%	84,6%	78,8%	93,5%	86,1%	78,0%	82,1%	86,8%	77,3%	79,4%	81,3%	66,0%	64,9%	67,2%	83,7%	52,4%	50,7%	74,6%
	Santé financière	100,0%	Proportion moyenne annuelle de déficit non autorisé sur le budget total des établissements de santé, en %	2011-2012 à 2013-2014	0,38	1,28	4,33	1,55	0,00	2,91	9,44	0,48	0,00	0,14	0,00	5,30	0,09	1,13	6,17	2,31	0,00	3,47	–
		25,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		98,1%	93,6%	78,4%	92,3%	100,0%	85,5%	52,8%	97,6%	100,0%	99,3%	100,0%	73,5%	99,6%	94,4%	69,2%	88,5%	100,0%	82,7%	0,0%
	Capacité d'attirer et de retenir la main-d'œuvre : infirmières	33,3%	Proportion d'infirmières requises par rapport aux effectifs en emploi, en %	2012-2013	2,50	3,70	4,20	2,90	2,70	4,90	4,80	4,00	3,60	2,30	3,60	5,80	3,50	6,60	5,90	3,90	5,50	9,20	7,40
		33,3%	Proportion du recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières, en %	2013-2014	0,91	0,20	4,21	0,79	6,63	5,68	6,11	3,71	0,13	0,00	0,39	4,38	1,10	8,08	1,29	3,03	–	–	–
		33,3%	Proportion d'inhalothérapeutes requises par rapport aux effectifs en emploi, en %	2012-2013	3,5	2,0	4,0	2,5	4,0	4,6	7,5	4,0	8,5	4,0	3,3	10,5	6,6	7,4	7,0	4,3	5,7	–	–
		25,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		91,4%	89,2%	68,8%	95,4%	69,9%	56,1%	47,7%	73,5%	66,7%	88,3%	82,7%	48,9%	70,3%	38,6%	59,8%	74,9%	30,4%	9,1%	11,3%
	Capacité d'attirer et de retenir la main-d'œuvre : médecins	50,0%	Pourcentage d'atteinte des PREM en médecine de famille, en %	2014	106	98	91	94	83	80	79	85	93	90	88	77	87	86	100	89	90	156	161
		50,0%	Pourcentage d'atteinte des PREM en médecine spécialisée, en %	2014	100	97	97	96	93	92	88	90	95	90	92	93	82	73	86	95	67	100	150
		25,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		100,0%	97,1%	94,0%	95,3%	87,8%	86,1%	83,8%	87,7%	94,1%	90,0%	89,9%	85,2%	84,4%	79,4%	93,1%	92,1%	78,4%	100,0%	100,0%
		16,7%	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise		96,8%	91,3%	81,4%	90,4%	87,8%	78,4%	65,6%	85,2%	86,9%	88,7%	88,0%	72,2%	80,1%	69,3%	72,3%	84,8%	–	–	–

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

Tableau 12 (suite)

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Adaptation

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES			RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGIONS ISOLÉES		
					CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
Innovation et transformation	Utilisation des ressources innovantes	100,0%	Nombre d'infirmières praticiennes spécialisées, pour 100 000 habitants	2012-2013	3,30	3,20	2,37	2,68	1,47	2,27	1,23	1,15	2,48	1,48	3,00	1,89	3,45	0,00	3,18	2,14	7,14	–	–
		50,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		99,4%	96,6%	71,6%	80,9%	44,4%	68,5%	37,1%	34,8%	74,9%	44,6%	90,6%	56,9%	100,0%	0,0%	95,7%	64,4%	100,0%	0,0%	0,0%
	Utilisation des technologies informatiques par les médecins	22,2%	Proportion des médecins utilisant des dossiers papier seulement pour prendre en note de l'information sur leurs patients, en %	2014	43,2	13,7	33,0	20,3	18,6	28,3	33,8	44,5	43,8	38,1	40,9	48,4	–	–	60,7	36,5	0,0	0,0	0,0
		33,3%	Proportion des médecins utilisant un dossier électronique pour entrer et récupérer les données cliniques des patients, en %	2014	54,3	81,8	82,3	78,1	83,8	69,5	56,8	55,6	51,8	70,7	58,9	51,9	–	–	37,3	61,1	–	–	–
		11,1%	Proportion des médecins utilisant des outils électroniques d'avertissement pour les interactions médicamenteuses, en %	2014	40,9	60,2	43,9	46,4	69,9	52,3	50,2	50,0	37,1	43,1	58,5	57,7	–	–	59,3	47,8	–	–	–
		11,1%	Proportion des médecins utilisant des outils électroniques pour des références à d'autres médecins, en %	2014	13,8	15,2	17,9	21,7	20,5	28,5	26,3	14,2	13,0	22,1	12,6	27,3	–	–	10,9	17,2	–	–	–
		11,1%	Proportion des médecins utilisant des outils électroniques pour les résultats de laboratoire ou diagnostiques, en %	2014	78,8	90,7	73,5	97,8	79,5	86,0	84,0	73,6	86,5	76,7	88,7	74,7	–	–	71,9	77,1	–	–	–
		11,1%	Proportion des médecins utilisant des dossiers médicaux électroniques pour le rappel des soins recommandés aux patients, en %	2014	11,0	28,5	19,4	26,7	46,1	25,8	15,7	21,8	15,4	33,8	19,7	19,0	–	–	18,1	20,3	–	–	–
		50,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		52,0%	84,3%	65,8%	74,8%	83,4%	68,4%	58,7%	55,8%	52,1%	65,2%	59,6%	57,8%	–	–	48,4%	58,4%	–	–	–
			Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise		75,7%	90,5%	68,7%	77,8%	63,9%	68,4%	47,9%	45,3%	63,5%	54,9%	75,1%	57,3%	82,9%	32,9%	72,1%	61,4%	–	–	–

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

Tableau 12 (suite)

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Adaptation

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES			RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGIONS ISOLÉES		
					CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
Ajustement aux besoins de la population	Justesse des services	40,0%	Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, pour 100 000 habitants de moins de 75 ans	2012-2013	209	317	233	246	189	290	259	286	274	393	307	303	444	439	520	275	761	1296	860
		30,0%	Proportion d'occupation des lits de soins de courte durée pour des soins de longue durée, en % des jours d'occupation	2012-2013	6,70	1,71	4,49	1,02	9,05	7,52	8,09	6,63	2,38	4,61	2,80	10,38	13,84	8,64	2,42	5,50	1,0	–	–
		30,0%	Taux ajusté d'hospitalisations avec escarres de décubitus (plaies de lit), pour 100 000 habitants	2012-2013	63,1	56,7	150,1	63,2	137,9	99,8	82,2	81,0	62,8	95,5	65,8	160,5	82,4	93,1	73,5	100,8	68,8	180,0	291,7
		25,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		82,4%	93,6%	72,2%	98,9%	65,2%	67,0%	74,2%	73,3%	97,9%	65,7%	92,4%	58,5%	58,1%	55,9%	75,3%	73,2%	70,5%	–	–
	Facilité d'entrée	33,3%	Nombre total de GMF implantés, pour 100 000 habitants	2013-2014	4,13	4,46	2,15	4,37	2,43	2,85	3,29	2,69	4,97	4,08	4,39	3,20	4,84	4,27	5,30	3,19	7,2	–	–
		33,3%	Proportion de la population inscrite auprès d'un médecin de famille, en %, au 31 mars	2013-2014	75,6	72,7	49,2	82,5	60,1	67,1	64,1	64,4	76,5	82,6	76,2	61,2	67,0	64,8	71,0	65,2	76,1	–	–
		33,3%	Proportion de la population déclarant avoir un médecin régulier, en %	2013	81,3	80,2	61,8	91,7	72,9	81,9	71,8	75,2	82,9	83,1	84,4	81,6	70,1	77,6	79,0	74,9	85	–	–
		25,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		89,2%	91,0%	59,4%	94,5%	70,3%	79,5%	77,5%	74,9%	95,3%	89,5%	92,0%	79,0%	88,5%	86,4%	94,4%	78,4%	96,5%	–	–
	Adéquation de l'utilisation: examens diagnostiques	0,0%	Nombre d'examens en tomodensitométrie (TDM), pour 1 000 habitants	2011	124	103	118	150	106	108	129	109	202	175	133	121	170	152	217	126	182,4	83,5	98,4
		0,0%	Nombre d'examens en imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 habitants	2011	41,8	31,6	30,2	41,7	32,0	30,3	28,4	29,1	55,4	38,4	32,2	17,9	29,6	44,3	45,5	32,5	38,6	16,9	15,9
		0,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	Adéquation de l'utilisation: services médicaux	50,0%	Indice de consommation des services médicaux en omnipratique	2012	1,06	1,00	0,89	1,06	0,94	0,99	0,96	0,97	1,14	1,06	0,96	0,97	1,20	1,43	1,54	1,00	2,76	4,19	4,13
		50,0%	Indice de consommation des services médicaux spécialisés	2012	1,14	1,08	1,14	0,98	1,00	0,91	0,86	0,95	0,99	0,87	0,90	0,69	0,91	0,97	1,13	1,00	0,90	1,18	1,22
		25,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		94,0%	96,1%	88,6%	99,2%	96,7%	95,0%	90,9%	96,1%	99,5%	93,6%	93,1%	82,7%	95,5%	98,7%	94,2%	100,0%	94,9%	92,4%	91,1%
	Adéquation de l'utilisation: services hospitaliers	0,0%	Taux d'hospitalisations en soins de courte durée, pour 1 000 habitants	2011-2012	77	88	70	85	72	75	75	79	99	104	91	70	102	107	151	80	107	178	136
		0,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	Adéquation de l'utilisation: chirurgies	0,0%	Taux ajusté d'arthroplasties de la hanche, pour 100 000 habitants de 20 ans et plus	2011-2012	65	83	72	72	65	90	76	80	83	71	76	103	78	84	49	76	–	–	–
		0,0%	Taux ajusté d'arthroplasties du genou, pour 100 000 habitants de 20 ans et plus	2011-2012	107	126	96	139	109	134	112	133	138	156	133	166	129	170	104	123	–	–	–
		0,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	Adéquation de l'utilisation: services CLSC	100,0%	Taux d'utilisation des services en CLSC, pour 1 000 habitants	2013-2014	224	396	266	377	247	273	279	277	411	444	385	247	491	333	520	299	722	–	–
		25,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		46,1%	81,8%	55,0%	77,7%	50,9%	56,4%	57,5%	57,2%	84,7%	91,5%	79,4%	50,9%	100,0%	68,7%	100,0%	61,7%	–	–	–
		16,7%	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise		77,9%	90,6%	68,8%	92,6%	70,8%	74,5%	75,0%	75,4%	94,4%	85,1%	89,2%	67,8%	85,5%	77,4%	91,0%	78,3%	–	–	–

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

Tableau 12 (suite)

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Adaptation

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES			RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGIONS ISOLÉES		
					CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
Mobilisation de la communauté	Solidarité sociale	100,0%	Proportion des dons dans le budget des établissements de santé d'une région, en %	2009-2010 à 2013-2014	0,31	1,17	1,95	0,62	0,28	0,34	0,34	0,51	0,29	0,52	0,36	0,45	0,88	0,23	0,17	0,96	0,05	0,00	0,00
		100,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		40,0%	100,0%	100,0%	69,7%	40,0%	40,0%	40,0%	57,3%	40,0%	58,4%	40,4%	50,6%	98,9%	40,0%	40,0%	100,0%	–	–	–
		16,7%	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise		40,0%	100,0%	100,0%	69,7%	40,0%	40,0%	40,0%	57,3%	40,0%	58,4%	40,4%	50,6%	98,9%	40,0%	40,0%	100,0%	5,6%	0,0%	–
Attractivité régionale	Capacité de rétention	100,0%	Taux pondéré de rétention des hospitalisations, en %	2012-2013	97,6	92,9	96,5	73,1	47,9	64,8	69,7	74,9	83,8	93,5	84,8	91,6	88,3	72,7	72,1	81,8	56,8	70,7	26,9
		70,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		100,0%	96,9%	100,0%	76,3%	50,0%	67,6%	72,7%	78,1%	87,4%	97,5%	88,5%	95,5%	92,1%	75,8%	75,2%	85,3%	59,2%	73,7%	28,1%
	Capacité d'attraction	0,0%	Taux pondéré de desserte extrarégionale des hospitalisations, en %	2012-2013	26,9	16,0	32,5	6,2	33,2	8,0	11,5	3,5	7,0	5,2	4,8	1,5	7,1	4,0	2,0	17,7	37,9	0,2	1,4
		0,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	Autosuffisance hospitalière	100,0%	Solde migratoire des hospitalisations	2011-2012	134,7	110,4	143,5	76,9	73,0	69,9	76,5	77,6	91,4	98,9	88,6	93,1	95,1	75,8	74,4	100,0	93,9	66,9	26,3
		30,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		100,0%	100,0%	100,0%	76,9%	73,0%	69,9%	76,5%	77,6%	91,4%	98,9%	88,6%	93,1%	95,1%	75,8%	74,4%	100,0%	93,9%	66,9%	26,3%
		16,7%	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise		100,0%	97,8%	100,0%	76,4%	56,9%	68,3%	73,8%	78,0%	88,6%	97,9%	88,5%	94,8%	93,0%	75,8%	75,0%	89,7%	69,6%	71,7%	27,5%
			TOTAL ADAPTATION, en % d'atteinte de la balise		61,1%	74,9%	68,5%	64,1%	47,8%	52,1%	49,0%	52,2%	60,6%	61,8%	60,5%	54,7%	72,9%	53,0%	61,5%	66,7%	48,6%	26,4%	16,0%

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

Tableau 13

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Production

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES			RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGIONS ISOLÉES		
					CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
Accessibilité	Délais d'attente : chirurgies	8,3%	Proportion des patients opérés à l'intérieur de trois mois pour une chirurgie de la hanche, en %	2013-2014	30	67	60	42	28	58	48	38	35	39	72	83	26	68	93	52	–	–	–
		8,3%	Proportion des patients opérés à l'intérieur de trois mois pour une chirurgie du genou, en %	2013-2014	18	66	56	41	29	53	43	33	36	44	62	79	17	61	94	47	–	–	–
		8,3%	Proportion des patients opérés à l'intérieur de trois mois pour une chirurgie de la cataracte, en %	2013-2014	73	87	90	85	83	63	90	79	61	90	84	88	29	88	86	83	–	–	–
		25,0%	Proportion des patients opérés à l'intérieur de trois mois pour une chirurgie d'un jour, en %	2013-2014	78	79	80	76	61	38	82	71	78	82	81	83	80	83	92	78	82,0	–	–
		25,0%	Proportion des patients opérés à l'intérieur de trois mois pour une chirurgie avec hospitalisation, en %	2013-2014	85	81	85	90	88	86	86	84	82	85	91	85	85	83	95	85	88,0	–	–
		25,0%	Proportion des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jours, en %	2013-2014	51,9	58,8	51,3	69,0	74,1	62,3	60,5	60,4	62,0	78,5	78,4	81,8	76,6	79,4	82,8	58,6	66,7	0,0	0,0
		25,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		74,3%	85,2%	82,5%	84,7%	78,7%	71,7%	83,6%	77,7%	77,8%	88,0%	94,7%	97,1%	77,4%	92,9%	100,0%	82,4%	–	–	–
	Délais d'attente : services sociaux	33,3%	Proportion des personnes évaluées en dépendance dans un centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, en %	2013-2014	78,2	80,8	81,4	61,1	72,4	92,0	69,4	57,7	48,7	87,9	82,0	79,0	76,8	64,0	82,5	74,8	81,1	–	–
		33,3%	Délai moyen d'attente pour une évaluation en protection de la jeunesse, en jours	2013-2014	10,0	12,6	16,8	14,7	10,8	7,9	14,1	22,4	9,2	13,2	18,8	6,8	14,2	36,9	23,4	15,4	–	–	–
		33,3%	Délai moyen d'attente pour l'application des mesures de protection de la jeunesse, en jours	2013-2014	5,3	14,9	7,4	17,0	6,6	2,2	7,6	16,1	3,0	20,1	28,2	3,7	5,5	46,3	31,2	12,3	–	–	–
		35,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		77,7%	61,0%	62,5%	49,3%	69,7%	100,0%	60,7%	42,0%	82,2%	58,4%	50,9%	93,0%	68,7%	36,0%	47,8%	56,4%	–	–	–
	Perception des usagers de l'accessibilité et de la rapidité des services	50,0%	Degré de satisfaction des usagers à l'égard de l'accessibilité des services	2007-2011	90	89	88	88	88	87	88	88	89	90	90	88	88	90	90	89	93	–	–
		50,0%	Degré de satisfaction des usagers à l'égard de la rapidité des services	2007-2011	79,8	78,6	78,8	78,1	75,7	76,6	74,9	75,8	78,4	78,9	78,6	78,8	77,1	77,5	76,4	77,7	83,0	–	–
		10,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		89,4%	88,3%	87,5%	87,5%	86,1%	86,3%	85,8%	86,0%	87,9%	88,7%	88,9%	87,9%	87,2%	88,1%	87,3%	87,6%	92,5%	–	–
	Fluidité dans le système	50,0%	Séjour moyen sur civière à l'urgence, en heures	2013-2014	15,6	12,9	19,5	11,4	19,8	24,0	19,2	19,2	8,2	11,1	12,8	19,1	11,0	17,1	11,3	16,7	–	–	–
		50,0%	Proportion des séjours de 24 heures et plus sur civière à l'urgence, en %	2013-2014	19,3	15,0	28,0	11,5	32,7	38,9	27,9	29,4	4,5	9,8	14,9	27,7	9,7	21,6	9,6	22,7	–	–	–
		30,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		77,4%	96,5%	57,6%	100,0%	53,2%	44,3%	58,1%	56,8%	100,0%	100,0%	96,9%	58,5%	100,0%	69,7%	100,0%	69,0%	–	–	–
		16,7%	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise		77,9%	80,4%	68,6%	77,2%	68,6%	74,8%	68,2%	59,8%	87,0%	81,3%	79,4%	83,2%	82,1%	65,5%	80,5%	69,8%	–	–	–

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

Tableau 13 (suite)

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Production

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES			RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGIONS ISOLÉES		
					CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MCNTRÉAL	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
Qualité technique	Sécurité des soins	50,0%	Taux d'incidence des DACD nosocomiales, pour 10 000 jours-présence	2013-2014	7,7	3,6	8,2	10,9	3,8	8,4	7,1	6,9	4,3	7,2	6,1	5,9	2,9	2,6	5,4	7,1	3,1	–	–
		50,0%	Taux ajusté selon les risques de sepsie diagnostiquée après l'admission, pour 1 000 sorties	2012-2013	3,5	2,4	5,9	1,8	2,8	3,2	1,9	3,1	2,1	4,9	3,3	3,5	3,4	2,9	4,7	4,0	0,0	3,5	0,0
		20,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		60,0%	97,2%	45,2%	69,6%	90,4%	60,8%	80,0%	67,4%	99,6%	52,7%	69,3%	68,5%	83,3%	89,0%	63,6%	58,3%	50,0%	–	–
	Pertinence des soins	50,0%	Taux ajusté d'hospitalisations liées à des conditions propices aux soins ambulatoires, par rapport au nombre total d'hospitalisations, pour les moins de 75 ans, en %	2012-2013	4,25	5,67	4,41	5,28	3,69	6,58	6,07	6,32	5,30	6,07	6,12	7,00	6,93	7,29	9,11	5,38	7,3	5,8	11,7
		25,0%	Taux de césariennes à faible risque, en %	2012–2013	16,0	11,3	12,1	10,9	7,4	8,8	9,7	11,0	11,7	11,8	10,9	13,7	11,5	13,0	15,3	11,5	15,3	0,0	–
		25,0%	Taux d'accouchements vaginaux après une césarienne, en %	2010-2011	13,4	22,1	20,6	10,3	21,7	26,1	17,3	17,8	12,5	23,8	14,4	15,5	30,8	32,7	6,7	19,0	38,4	–	–
		20,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		82,6%	79,0%	88,1%	72,2%	92,3%	77,1%	72,7%	71,8%	73,8%	78,0%	70,1%	66,8%	79,3%	78,2%	52,5%	78,4%	77,7%	–	–
	Qualité d'exécution	17,0%	Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins chirurgicaux, en %	2012-2013	5,9	6,7	6,1	6,0	6,1	5,7	6,2	6,2	6,2	6,0	6,1	6,1	7,1	7,1	7,1	6,1	6,7	6,6	11,0
		17,0%	Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins médicaux, en %	2012-2013	11,2	13,2	12,8	12,7	12,0	12,0	13,1	13,0	13,6	12,2	12,6	13,2	13,2	15,1	14,4	12,8	14,7	22,4	19,0
		17,0%	Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins obstétricaux, en %	2012–2013	2,3	2,6	2,3	1,5	2,1	1,8	2,5	1,8	1,7	2,4	1,6	1,6	1,4	1,9	3,1	2,1	2,4	4,7	1,2
		17,0%	Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins aux patients âgés de 19 ans ou moins, en %	2012–2013	6,4	7,8	6,3	6,8	5,4	6,1	6,2	6,2	5,1	6,2	5,5	5,9	7,0	5,4	5,5	6,3	6,1	9,8	5,7
		17,0%	Taux de réadmissions dans les 30 jours suivant des soins en santé mentale, en %	2012-2013	8,2	17,3	8,0	11,4	11,7	12,2	10,0	12,0	14,8	13,7	13,4	8,7	9,2	10,4	14,2	11,5	0,0	–	–
		15,0%	Degré de satisfaction des usagers à l'égard de la fiabilité des services	2007-2011	88,0	87,7	86,8	86,6	85,5	86,2	85,7	86,3	86,9	88,3	87,9	86,5	86,9	86,9	86,6	86,9	88	–	–
		60,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		93,9%	77,1%	92,5%	91,0%	95,3%	97,9%	90,8%	90,5%	96,1%	86,7%	97,7%	96,7%	92,0%	87,8%	78,7%	89,0%	13,9%	0,0%	0,0%
		16,7%	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise		84,8%	81,5%	82,1%	83,0%	93,7%	86,3%	85,1%	82,1%	92,3%	78,2%	86,5%	85,1%	87,7%	86,1%	70,4%	80,7%	–	–	–

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

Tableau 13 (suite)

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Production

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES			RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGIONS ISOLÉES		
					CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
Productivité	Productivité technique	50,0%	Taux d'utilisation des salles d'opération, en % des heures potentielles	2012-2013	59,4	50,8	52,3	50,9	64,8	50,5	84,8	56,4	36,5	47,6	47,9	57,0	27,0	22,8	22,3	51,2	20,6	–	–
		50,0%	Proportion des usagers hospitalisés qui auraient pu être traités en chirurgie d'un jour, en %	2012-2013	14,1	15,8	14,0	15,3	16,7	18,3	19,1	18,3	17,0	18,9	17,0	13,6	15,8	13,5	16,4	16,2	18,3	24,6	9,6
		40,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		88,4%	77,3%	83,9%	78,7%	84,2%	71,1%	86,0%	75,1%	64,7%	68,0%	72,2%	88,0%	61,5%	65,2%	56,8%	76,4%	51,3%	–	–
	Productivité financière	50,0%	Coût par visite à l'urgence ajusté par le NIRRU, en $ CAN	2011-2012	188	165	178	127	135	173	160	155	127	131	146	170	89	133	136	156	–	–	–
		50,0%	Coût d'un séjour standard à l'hôpital, en $ CAN	2012-2013	4544	4712	5374	4522	4106	4649	4608	4270	5433	4535	4572	4147	5150	6217	6146	4864	8863	8738	10482
		20,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		76,2%	78,8%	70,8%	91,2%	92,3%	77,8%	80,9%	85,8%	83,3%	89,6%	84,8%	83,6%	90,5%	76,3%	75,9%	79,4%	23,5%	23,9%	19,9%
	Productivité clinique	16,7%	Durée moyenne de séjour pour les hospitalisations en soins aigus (ajustée pour le NIRRU et l'âge), en jours	2012-2013	4,71	5,12	4,85	5,24	4,59	4,68	4,75	4,69	4,80	4,80	4,78	4,45	4,51	4,11	5,28	4,78	3,96	3,08	4,09
		16,7%	Durée médiane de séjour pour les hospitalisations pour accident vasculaire cérébral (AVC), en jours	2012-2013	6,23	6,16	13,35	4,62	10,10	10,36	6,80	7,28	3,80	4,27	4,46	10,91	2,53	4,78	3,26	7,32	6,84	11,13	7,03
		16,7%	Durée médiane de séjour pour les hospitalisations pour infarctus du myocarde, en jours	2012-2013	2,71	1,95	2,84	1,48	2,13	2,10	2,47	2,63	2,01	1,38	2,52	2,19	2,19	2,09	1,76	2,56	1,03	1,03	2,05
		12,5%	Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré de patient hospitalisé dans l'unité de soins infirmiers	2012-2013	40,2	50,6	54,0	48,8	50,1	53,6	51,5	49,6	57,0	53,2	53,1	57,6	59,1	62,2	65,6	52,9	73,3	64,1	0,0
		12,5%	Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de diagnostic	2012-2013	0,84	2,06	1,91	1,74	1,61	1,04	1,24	1,21	1,80	1,13	1,32	0,93	0,95	1,20	1,31	1,55	1,12	1,49	1,95
		12,5%	Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de laboratoire clinique	2012-2013	1,85	2,11	2,49	1,87	1,14	1,00	1,88	1,60	2,12	1,30	1,75	1,16	1,65	1,60	2,36	1,97	3,14	2,08	1,19
		12,5%	Nombre moyen d'heures travaillées par cas pondéré dans le service de pharmacie	2012-2013	1,94	2,31	3,02	3,67	1,76	1,85	2,18	2,71	3,44	2,65	2,62	1,75	2,98	3,28	2,86	2,72	4,01	0,00	0,00
		40,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		77,4%	68,3%	56,8%	73,0%	75,5%	78,4%	70,7%	69,7%	70,6%	83,4%	72,4%	78,8%	81,4%	73,6%	75,2%	65,2%	68,6%	73,2%	–
		16,7%	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise		81,6%	74,0%	70,4%	78,9%	82,3%	75,4%	78,8%	75,1%	70,8%	78,5%	74,8%	83,4%	75,2%	70,8%	68,0%	72,5%	–	–	–
Globalité	Globalité des services	12,0%	Proportion des personnes de 65 ans et plus vaccinées contre l'influenza, en %	2013	65,0	58,2	54,8	46,5	66,1	50,5	58,1	61,8	51,2	68,5	63,2	55,8	52,6	64,7	60,6	58,5	68,2	–	–
		12,0%	Proportion des personnes de 65 ans et plus vaccinées contre le pneumocoque, en %	2010	52,0	50,0	56,5	41,9	46,4	54,6	53,0	52,4	60,3	62,3	54,9	57,2	68,9	65,7	43,3	53,7	–	–	–
		12,0%	Proportion d'élèves ayant reçu le vaccin contre le virus de l'hépatite B en 4e année du primaire, en %	2009-2010	88,7	84,9	77,6	87,2	84,0	87,1	85,1	86,4	89,2	95,9	87,9	77,2	95,5	92,4	94,9	84,9	83,9	77,2	–
		12,0%	Proportion des filles ayant reçu le vaccin contre le virus du papillome humain en 4e année du primaire, en %	2009-2010	80,5	78,9	64,0	84,1	71,8	81,2	74,9	77,6	84,4	92,4	82,5	74,2	92,3	89,2	88,8	76,3	86,8	68,1	–
		12,0%	Proportion des femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie au cours des 2 dernières années, en %	2012-2013	73,4	70,9	62,7	73,2	70,0	66,8	68,0	71,1	68,2	38,1	70,9	52,4	68,6	73,8	64,1	68,0	81,3	51,5	51,5
		40,0%	Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	2013-2014	22,5	24,1	21,9	20,1	22,3	14,3	23,2	23,7	15,5	24,2	26,8	19,3	21,4	15,2	23,1	22,0	15,0	–	–
		75,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		90,2%	90,2%	83,1%	81,6%	86,8%	74,0%	88,2%	90,6%	77,9%	92,0%	94,3%	78,8%	90,4%	82,7%	89,3%	86,7%	–	–	–
	Globalité des soins	100,0%	Degré de satisfaction des usagers à l'égard de la solidarisation	2007-2011	82,3	81,3	81,4	82,0	80,1	80,7	79,3	80,9	82,3	83,2	83,3	83,0	82,4	81,2	82,5	81,8	83,5	–	–
		25,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		86,7%	85,6%	85,6%	86,3%	84,3%	85,0%	83,5%	85,1%	86,6%	87,6%	87,7%	87,4%	86,7%	85,5%	86,9%	86,1%	87,9%	–	–
		16,7%	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise		89,3%	89,0%	83,7%	82,8%	86,2%	76,7%	87,0%	89,2%	80,1%	90,9%	92,6%	80,9%	89,5%	83,4%	88,7%	86,6%	–	–	–

Tableau 13 (suite)

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Production

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES				RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGIONS ISOLÉES		
					CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL		CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
Humanisation	Perception des usagers du niveau d'humanisation	33,3 %	Degré de satisfaction des usagers à l'égard de l'environnement	2007-2011	87,4	86,9	86,1		85,7	83,2	85,2	83,4	84,1	85,3	85,6	86,2	86,3	84,9	85,3	84,8	85,5	87,8	–	–
		33,3 %	Degré de satisfaction des usagers à l'égard de l'importance accordée aux patients	2007-2011	89,1	88,7	87,9		87,6	86,5	86,4	86,2	86,7	87,4	88,7	88,6	87,1	87,4	88,1	88,0	87,7	90,0	–	–
		33,3 %	Degré de satisfaction des usagers à l'égard de l'éthique et du professionnalisme dans la relation avec le personnel	2007-2011	88,8	89,0	88,0		87,4	86,2	86,8	86,5	86,8	87,4	88,3	88,6	88,1	87,5	87,5	87,4	87,7	88,7	–	–
		50,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		93,1 %	92,9 %	91,9 %		91,5 %	89,8 %	90,7 %	89,9 %	90,4 %	91,3 %	92,1 %	92,4 %	91,8 %	91,2 %	91,5 %	91,3 %	91,5 %	93,5 %	–	–
	Arrangements organisationnels	25,0 %	Proportion des lits de courte et de longue durée en chambres privées, en %	2012-2013	56,2	65,1	52,8		65,5	59,5	65,4	51,6	58,6	63,2	62,8	61,3	56,3	66,4	55,6	63,8	57,5	50,0	–	–
		25,0 %	Proportion des patients de 75 ans et plus sur civière pendant plus de 48 heures, en %	2013-2014	11,1	2,2	15,4		1,0	6,9	24,4	12,5	12,5	0,1	2,1	3,6	12,5	1,0	14,4	1,9	10,3	–	–	–
		25,0 %	Proportion des patients à l'urgence pour des problèmes de santé mentale sur civière pendant plus de 48 heures, en %	2013-2014	11,8	13,0	16,4		0,9	2,6	11,2	18,6	6,5	0,1	0,4	2,4	10,5	0,7	4,8	2,0	10,7	–	–	–
		25,0 %	Ratio des minutes par jour-présence des patients en CHSLD consacrées aux activités d'animation et de loisirs	2013-2014	20,3	24,8	19,3		19,9	24,3	17,0	20,0	22,0	21,4	29,9	30,9	20,9	13,2	15,8	23,5	21,3	29	–	–
		50,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		37,3 %	51,8 %	34,4 %		83,1 %	49,9 %	36,0 %	34,9 %	40,8 %	86,3 %	78,2 %	57,7 %	37,9 %	77,5 %	35,6 %	61,4 %	38,9 %	–	–	–
		16,7 %	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise		65,2 %	72,3 %	63,2 %		87,3 %	69,8 %	63,3 %	62,4 %	65,6 %	88,8 %	85,1 %	75,0 %	64,8 %	84,3 %	63,5 %	76,3 %	65,2 %	–	–	–
Continuité et coordination	Perception des usagers de la continuité	100,0 %	Degré de satisfaction des usagers à l'égard de la continuité	2007-2011	83,8	82,5	82,6		81,9	79,6	80,5	79,9	80,9	82,2	82,3	83,1	82,5	82,1	81,8	81,6	82,0	85,5	–	–
		50,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		88,2 %	86,9 %	87,0 %		86,2 %	83,8 %	84,7 %	84,1 %	85,2 %	86,6 %	86,7 %	87,5 %	86,8 %	86,5 %	86,1 %	85,9 %	86,3 %	90,0 %	–	–
	Coordination des services	40,0 %	Proportion des personnes de 75 ans et plus admises à l'urgence ayant fait une demande d'hébergement en CHSLD, en %	2012-2013	4,80	5,30	1,92		4,03	5,87	5,85	7,13	6,62	2,41	4,28	5,45	5,13	3,66	4,71	2,13	4,38	–	–	–
		30,0 %	Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services, en %	2013-2014	66,7	83,8	68,3		77,8	76,9	62,0	77,4	75,3	72,0	68,0	75,9	77,1	71,7	63,0	72,9	72,8	69	–	–
		30,0 %	Assignation d'une infirmière pivot en oncologie, en %	2010	63,2	60,3	53,8		56,3	56,8	59,2	57,1	57,2	61,2	66,0	65,6	59,4	69,3	59,2	63,7	59,0	–	–	–
		50,0 %	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		70,1 %	72,1 %	88,8 %		74,8 %	68,0 %	63,4 %	65,7 %	65,9 %	89,1 %	74,0 %	72,5 %	71,3 %	80,2 %	67,4 %	94,7 %	72,4 %	–	–	–
		16,7 %	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise		79,2 %	79,5 %	87,9 %		80,5 %	75,9 %	74,1 %	74,9 %	75,5 %	87,8 %	80,4 %	80,0 %	79,1 %	83,3 %	76,7 %	90,3 %	79,4 %	–	–	–
			TOTAL PRODUCTION, en % d'atteinte de la balise		79,7 %	79,5 %	76,0 %		81,6 %	79,4 %	75,1 %	76,1 %	74,6 %	84,5 %	82,4 %	81,4 %	79,4 %	83,7 %	74,3 %	79,0 %	75,7 %	53,8 %	13,2 %	10,9 %

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

Tableau 14

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Maintien et développement

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES			RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGIONS ISOLÉES		
					CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
Qualité de vie au travail	Environnement de travail	16,7%	Proportion des heures travaillées consacrées à la formation, en %	2012-2013	1,35	1,06	1,04	0,87	1,11	0,92	0,93	0,85	0,79	0,71	1,07	0,97	1,26	1,12	0,84	1,02	0,94	0,84	1,12
		16,7%	Proportion du budget consacré à la formation, en %	2011-2012	1,01	1,42	1,04	1,15	0,97	0,87	0,84	1,05	0,97	1,12	1,10	1,05	1,22	1,21	1,16	1,04	1,09	0,45	0,27
		33,3%	Proportion des heures supplémentaires effectuées par les infirmières, en %	2013-2014	3,86	5,43	5,39	4,30	4,43	6,23	6,31	5,10	5,18	3,81	4,87	7,45	5,28	8,31	7,16	5,16	–	–	–
		33,3%	Proportion des employés occupant des postes réguliers, en %	2012-2013	75,2	76,0	76,1	75,0	77,8	76,9	72,2	76,3	77,3	76,4	72,3	80,2	74,7	74,6	75,9	75,4	81,9	41,2	47,5
		0,0%	Proportion des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau, en %	2012	2,70	3,30	3,40	2,80	3,10	4,10	4,10	3,60	3,20	2,50	3,50	4,80	3,50	5,40	3,80	3,4	–	–	–
		40,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		84,9%	81,5%	78,3%	81,0%	82,3%	73,5%	71,0%	77,8%	76,9%	81,1%	79,2%	72,0%	81,5%	70,1%	71,7%	78,6%	–	–	–
	Climat et satisfaction	10,8%	Degré de satisfaction du personnel à l'égard de la réalisation	2007-2011	77,4	78,2	74,1	76,6	73,3	77,4	75,0	76,2	76,7	74,6	78,0	75,4	77,8	75,0	76,3	76,0	77,4	–	–
		10,8%	Degré de satisfaction du personnel à l'égard de l'implication	2007-2011	73,7	71,8	69,6	69,5	66,4	69,6	66,2	68,9	68,8	65,6	72,7	68,1	70,5	65,6	69,6	69,5	68,1	–	–
		10,8%	Degré de satisfaction du personnel à l'égard de la collaboration	2007-2011	77,3	77,0	73,7	76,3	73,9	77,2	74,7	76,1	73,9	74,4	77,4	74,6	74,9	73,4	74,6	75,4	74,6	–	–
		10,8%	Degré de satisfaction du personnel à l'égard du soutien	2007-2011	71,1	71,4	67,2	68,3	65,1	68,5	63,4	65,8	65,6	64,9	69,6	63,2	68,2	63,0	65,2	67,1	67,0	–	–
		10,8%	Degré de satisfaction du personnel à l'égard de la communication	2007-2011	68,0	67,0	63,7	65,8	62,5	66,6	62,5	64,3	62,8	61,1	67,3	62,6	64,7	59,4	63,9	64,5	62,7	–	–
		10,8%	Degré de satisfaction du personnel à l'égard du leadership	2007-2011	71,3	70,6	66,3	68,7	65,7	69,2	65,4	67,2	65,6	65,4	70,5	65,4	68,3	63,5	66,4	67,6	66,0	–	–
		7,0%	Proportion des médecins assez ou très satisfaits de leur vie professionnelle actuelle, en %	2010	84,2	72,2	77,9	79,8	78,1	83,4	72,6	74,6	82,2	83,4	83,0	67,4	79,1	–	87,3	77,9	–	–	–
		7,0%	Proportion des médecins assez ou très satisfaits des relations avec leurs patients, en %	2010	82,1	85,8	80,2	90,5	89,1	89,6	86,3	87,1	89,7	89,4	89,3	86,3	96,6	–	83,3	83,4	–	–	–
		7,0%	Proportion des médecins assez ou très satisfaits des relations avec les médecins de famille, en %	2010	73,4	79,3	56,3	82,6	79,4	78,0	75,7	77,7	85,9	76,8	79,7	82,9	84,0	–	85,2	69,7	–	–	–
		7,0%	Proportion des médecins assez ou très satisfaits des relations avec les médecins des autres spécialités, en %	2010	74,7	77,8	70,2	77,9	71,4	68,7	61,6	72,3	83,9	81,6	77,2	73,3	88,8	–	77,0	72,5	–	–	–
		7,0%	Proportion des médecins assez ou très satisfaits de l'équilibre entre leurs engagements personnels et professionnels, en %	2010	60,9	49,5	60,9	66,2	68,4	61,6	62,4	59,1	63,4	62,0	68,5	58,0	68,5	–	75,6	61,1	–	–	–
		40,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		77,7%	76,6%	72,7%	77,7%	74,9%	77,0%	72,9%	75,0%	77,0%	75,3%	79,0%	73,8%	79,0%	73,9%	77,5%	74,8%	–	–	–
	État de santé des employés	100,0%	Proportion de l'absentéisme par rapport aux heures travaillées : assurance salaire, en %	2013-2014	5,95	5,86	5,51	5,97	5,92	6,75	7,85	6,45	6,18	6,66	6,17	7,06	6,74	8,03	5,73	6,13	8,98	0,00	0,00
		20,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		85,2%	86,6%	92,0%	84,9%	85,6%	72,7%	55,5%	77,4%	81,6%	74,1%	81,7%	67,9%	72,9%	52,7%	88,6%	82,4%	37,9%	–	–
		100,0%	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise		82,1%	80,6%	78,8%	80,5%	80,0%	74,7%	68,7%	76,6%	77,9%	77,4%	79,6%	71,9%	78,8%	68,1%	77,4%	77,8%	–	–	–
			TOTAL MAINTIEN ET DÉVELOPPEMENT, en % d'atteinte de la balise		82,1%	80,6%	78,8%	80,5%	80,0%	74,7%	68,7%	76,6%	77,9%	77,4%	79,6%	71,9%	78,8%	68,1%	77,4%	77,8%	46,6%	31,3%	32,7%

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

Tableau 15

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Atteinte des buts

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES			RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGIONS ISOLÉES		
					CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
Efficacité d'utilisation	Mortalité hospitalière	50,0%	Ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH)	2012-2013	90,0	75,0	90,0	75,0	81,0	91,0	93,0	84,0	82,0	88,0	92,0	113,0	74,0	–	69,0	87,0	–	–	–
		16,7%	Taux de mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral (AVC), en %	2011-2013	11,92	12,31	12,18	11,43	8,66	8,89	12,61	12,65	12,67	13,89	11,88	15,18	15,59	11,64	12,63	12,15	6,25	–	–
		16,7%	Taux de mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant un infarctus aigu du myocarde, en %	2011-2013	5,79	4,44	7,14	3,19	4,47	3,64	4,29	4,93	7,91	4,71	5,04	4,80	8,04	28,00	8,11	5,60	–	–	–
		16,7%	Taux de mortalité hospitalière dans les 30 jours suivant une chirurgie majeure, pour 100 cas de chirurgie majeure	2012-2013	1,40	1,80	1,80	1,30	0,90	2,00	2,20	1,40	1,70	2,20	1,90	2,60	1,90	1,90	1,40	1,70	–	–	–
		75,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		87,9%	94,8%	81,8%	97,0%	91,1%	85,0%	80,9%	90,7%	83,7%	82,9%	83,4%	71,5%	89,1%	76,1%	93,2%	87,0%	33,3%	–	0,0%
	Soins en santé mentale	50,0%	Taux ajusté d'hospitalisations répétées en raison d'une maladie mentale, en %	2011-2012	8,00	10,40	8,30	13,30	9,20	11,10	9,60	9,80	10,90	13,40	13,30	6,50	10,80	9,20	12,80	10,2	–	17,1	–
		25,0%	Proportion ajustée des individus atteints de troubles mentaux se trouvant dans le premier profil d'utilisation (hospitalisation), en %	2012-2013	10,22	10,44	9,93	13,36	7,11	8,71	7,34	9,38	12,59	12,19	12,10	–	13,58	14,55	14,27	10,4	–	–	–
		25,0%	Proportion ajustée des individus atteints de troubles anxio-dépressifs se trouvant dans le premier profil d'utilisation (hospitalisation), en %	2012-2013	13,71	15,99	11,75	22,34	9,28	12,93	9,84	12,32	18,10	18,97	16,75	–	17,50	19,43	20,30	14,1	–	–	–
		25,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		82,6%	68,8%	84,3%	52,8%	91,3%	73,4%	88,5%	77,4%	62,4%	55,8%	57,8%	83,8%	62,1%	66,0%	54,1%	71,6%	0,0%	22,2%	0,0%
		25,0%	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise		86,6%	88,3%	82,4%	86,0%	91,2%	82,1%	82,8%	87,4%	78,4%	76,1%	77,0%	74,6%	82,4%	73,6%	83,4%	83,1%	–	–	–

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

Tableau 15 (suite)

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Atteinte des buts

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES			RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGIONS ISOLÉES		
					CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
Efficacité populationnelle	Morbidité et mortalité infantile	33,3%	Proportion des naissances de faible poids, en %	2012-2013	5,5	6,3	5,8	4,9	5,6	5,8	5,9	5,6	6,1	5,4	6,0	5,4	6,7	6,8	5,5	5,7	–	–	–
		33,3%	Taux de mortalité infantile, pour 1 000 naissances vivantes	2009-2011	3,6	4,3	5,2	5,6	5,0	3,7	5,0	3,6	4,9	6,2	4,2	3,8	4,7	6,8	4,8	4,6	–	21,5	12,0
		33,3%	Taux de mortalité néonatale, pour 1 000 naissances vivantes	2007-2009	3,1	2,9	3,6	4,1	3,7	2,4	3,8	3,1	3,2	3,5	4,3	2,6	3,2	6,4	4,8	3,5	–	–	–
		20,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		93,4%	91,3%	82,1%	80,4%	83,6%	96,7%	81,4%	92,8%	85,4%	80,6%	82,8%	99,0%	84,1%	60,5%	80,0%	86,9%	–	–	–
	Mortalité évitable	50,0%	Taux normalisé de mortalité liée à des causes traitables, pour 100 000 habitants	2009-2011	51	50	64	51	53	61	59	56	57	59	60	71	62	65	66	58	86	78	90
		50,0%	Taux normalisé de mortalité liée à des causes pouvant être prévenues, pour 100 000 habitants	2009-2011	106	108	109	107	89	118	119	107	116	125	125	135	144	141	136	113	239	351	128
		20,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		100,0%	98,5%	89,5%	99,0%	100,0%	87,9%	89,0%	97,3%	91,7%	86,8%	86,1%	76,1%	79,1%	77,9%	78,7%	92,1%	–	–	–
	Habitudes de vie	16,7%	Proportion de la population inactive physiquement durant les loisirs, en %	2013	49,5	45,4	48,5	51,3	51,2	46,0	45,6	49,0	47,1	48,2	49,3	42,3	49,5	46,9	52,9	48,2	37,3	0,0	0,0
		16,7%	Proportion de la population consommant 5 portions et plus de fruits et légumes par jour, en %	2013	48,4	50,4	44,4	46,9	52,5	45,3	48,1	49,6	44,0	39,9	46,5	45,9	45,3	41,0	45,5	46,9	48,1	–	–
		16,7%	Proportion de la population atteinte d'obésité, en %	2013	17,1	16,2	14,2	14,7	23,5	18,9	20,9	21,2	22,0	14,1	18,5	20,6	19,3	24,0	20,2	18,1	17,5	0,0	0,0
		16,7%	Taux de tabagisme, en %	2013	18,4	16,7	22,5	20,7	23,7	23,6	23,4	18,5	19,2	23,2	25,0	22,4	24,9	22,6	24,0	21,4	21,6	–	–
		16,7%	Taux de consommation d'alcool, en %	2013	23,6	20,9	21,5	21,1	12,2	16,9	24,2	19,0	15,5	28,6	20,7	22,8	20,1	26,6	19,5	20,8	27,3	–	–
		16,7%	Taux d'allaitement, en %	2013	79,0	90,0	95,5	86,2	98,3	97,4	83,7	93,2	93,2	84,8	77,1	86,3	81,5	67,6	–	89,9	75,7	–	–
		20,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		82,9%	90,1%	85,7%	85,0%	85,3%	85,5%	78,7%	85,7%	86,4%	79,2%	78,4%	80,9%	78,6%	71,2%	78,9%	83,2%	81,3%	16,7%	16,7%
	Santé mentale	50,0%	Taux ajusté de mortalité par suicide, pour 100 000 habitants	2012	12,4	13,8	10,2	18,4	10,5	15,6	14,9	12,1	12,0	15,0	18,0	16,6	22,9	7,2	14,5	13,3	–	–	–
		50,0%	Taux d'hospitalisations, normalisé selon l'âge, à la suite d'une blessure auto-infligée, pour 100 000 habitants	2012-2013	56,0	81,0	25,0	76,0	29,0	56,0	47,0	65,0	124,0	102,0	98,0	68,0	109,0	87,0	120,0	59,0	–	–	–
		20,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		75,1%	61,4%	100,0%	52,4%	100,0%	65,6%	72,9%	72,2%	60,6%	54,0%	48,3%	58,3%	39,8%	68,7%	52,9%	70,5%	–	–	–
	Santé générale	25,0%	Proportion de la population ayant une santé fonctionnelle bonne à pleine, en %	2013	87,6	84,4	81,5	85,6	84,4	85,9	79,4	83,6	82,4	82,6	80,6	83,3	80,5	85,3	81,3	83,2	87,9	–	–
		50,0%	Espérance de vie à 65 ans, en années	2009 à 2011	20,7	21,0	20,4	20,9	21,0	19,6	19,7	20,3	20,4	19,9	20,4	19,4	19,3	19,9	19,5	20,3	–	–	–
		25,0%	Perception de l'état de santé : proportion des personnes considérant leur santé comme très bonne ou excellente	2013	59,4	64,1	57,9	60,6	60,5	57,6	61,7	60,2	58,6	56,8	54,1	58,0	52,6	57,2	51,4	59	66	–	–
		20,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		98,2%	99,4%	95,4%	99,1%	98,8%	94,9%	94,8%	96,8%	96,0%	94,1%	93,7%	93,8%	90,5%	95,1%	90,7%	96,1%	50,0%	–	–
		25,0%	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise		89,9%	88,2%	90,5%	83,2%	93,5%	86,1%	83,4%	88,9%	84,0%	78,9%	77,8%	81,6%	74,4%	74,7%	76,2%	85,8%	–	–	–

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

Tableau 15 (suite)

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Atteinte des buts

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	PONDÉRATION	INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES			RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGIONS ISOLÉES		
					CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
Satisfaction globale	Satisfaction de la population	50,0%	Nombre de plaintes, pour 10 000 habitants	2011-2012	28,8	24,1	43,7	31,1	19,2	16,5	24,4	20,9	23,5	30,4	30,0	24,9	29,4	31,1	21,1	29,1	–	–	–
		50,0%	Degré de satisfaction globale des usagers	2011-2012	62,2	60,7	59,3	59,4	58,8	58,5	65,1	59,6	57,5	56,1	56,0	62,5	53,9	51,7	49,7	59,5	59,1	–	–
		100,0%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		77,4%	79,2%	67,9%	74,7%	80,8%	79,5%	81,3%	80,3%	77,8%	73,4%	73,6%	79,7%	72,8%	70,7%	75,0%	75,8%	–	–	–
		25,0%	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise		77,4%	79,2%	67,9%	74,7%	80,8%	79,5%	81,3%	80,3%	77,8%	73,4%	73,6%	79,7%	72,8%	70,7%	75,0%	75,8%	–	–	–
Équité	Équité de santé intrarégionale en fonction du niveau de favorisation	25,0%	Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour le faible poids à la naissance, ratio	2005-2009	1,29	1,06	1,20	1,09	0,96	1,37	1,14	1,19	1,16	1,09	1,22	1,33	0,89	1,36	1,11	1,19	–	–	–
		25,0%	Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour les années potentielles de vie perdues, ratio	2005-2009	1,65	1,37	1,60	1,41	1,27	1,54	1,59	1,68	1,43	1,44	1,64	1,74	1,40	1,41	1,16	1,56	–	–	–
		25,0%	Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour le taux ajusté de mortalité évitable, ratio	2005-2009	1,57	1,29	1,48	1,13	1,10	1,25	1,37	1,41	1,11	1,16	1,33	1,63	1,06	1,46	1,06	1,37	–	–	–
		25,0%	Écart intrarégional entre les populations favorisées et défavorisées pour l'espérance de vie à 65 ans, en années	2005-2009	1,82	1,25	0,47	0,95	1,18	0,72	0,78	0,34	1,30	0,66	3,16	0,41	2,89	0,04	0,80	0,32	–	–	–
		66,7%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		64,2%	82,6%	65,1%	89,9%	92,4%	72,5%	78,5%	62,1%	90,0%	88,9%	62,4%	58,8%	91,4%	84,9%	100,0%	63,3%	–	–	–
	Équité de santé intrarégionale en fonction du genre	50,0%	Écart intrarégional entre les genres pour l'espérance de vie à 65 ans, en années	2005-2008	3,7	3,7	3,4	3,6	2,9	3,0	2,5	3,2	3,2	3,2	3,7	3,0	3,3	2,8	3,8	3,4	3,2	2,4	2,9
		50,0%	Écart intrarégional entre les genres pour les années potentielles de vie perdues, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans, ratio	2007-2009	1,67	1,80	1,56	1,63	1,49	1,53	1,53	1,56	1,69	1,54	1,65	1,53	1,78	1,58	1,79	1,59	1,82	1,81	1,78
		33,3%	Total de la sous-dimension, en % d'atteinte de la balise		81,5%	78,3%	88,0%	83,7%	97,1%	94,2%	98,7%	90,5%	86,8%	91,1%	82,1%	94,2%	83,3%	96,0%	77,6%	87,1%	83,6%	91,2%	89,0%
		25%	Total de la dimension, en % d'atteinte de la balise		70,0%	81,2%	72,7%	87,8%	94,0%	79,7%	85,2%	71,6%	88,9%	89,6%	69,0%	70,6%	88,7%	88,6%	92,5%	71,2%	27,9%	30,4%	29,7%
			TOTAL ATTEINTE DES BUTS, en % d'atteinte de la balise		59,3%	62,1%	57,8%	61,4%	67,1%	61,3%	62,5%	60,2%	62,7%	60,5%	55,1%	58,0%	59,0%	58,5%	60,9%	58,2%	23,9%	11,2%	12,4%

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

Tableau 16

TABLEAU DE DONNÉES COMPARATIVES INTERRÉGIONALES

Panorama sociosanitaire de la population

INDICATEURS*	ANNÉES	RÉGIONS UNIVERSITAIRES			RÉGIONS EN PÉRIPHÉRIE DES RÉGIONS UNIVERSITAIRES					RÉGIONS INTERMÉDIAIRES				RÉGIONS ÉLOIGNÉES			ENSEMBLE DU QUÉBEC	RÉGIONS ISOLÉES		
		CAPITALE-NATIONALE	ESTRIE	MONTRÉAL	CHAUDIÈRE-APPALACHES	LAVAL	LANAUDIÈRE	LAURENTIDES	MONTÉRÉGIE	BAS-SAINT-LAURENT	SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN	MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC	OUTAOUAIS	ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	CÔTE-NORD	GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE		NORD-DU-QUÉBEC	NUNAVIK	TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES
Espérance de vie à la naissance, en années	2009 à 2011	82,1	82,2	81,6	82,2	82,7	80,9	80,9	81,7	81,5	80,8	81,1	80,3	79,6	79,8	80,2	81,5	79,6	68,1	76,5
Proportion ajustée de la population percevant sa vie comme assez ou extrêmement stressante, en %	2013	26,3	25,2	26,6	22,2	23,3	28,9	27,4	25,8	29,6	20,4	24,9	23,5	22,2	15,1	17,6	25,5	19,9	–	–
Taux ajusté de mortalité par traumatismes non intentionnels, pour 100 000 habitants	2009 à 2011	23,5	28,6	22,5	32,3	16,4	26,6	24,5	24,3	35,5	33,2	29,6	31,0	46,6	41,9	30,2	26,2	47,1	94,0	42,6
Proportion ajustée de la population victime de blessures entraînant des limitations, en %	2013	17,5	17,5	15,6	14,8	14,6	15,6	14,9	14,0	10,5	13,6	15,2	18,3	13,0	10,4	9,4	15,1	15,9	–	–
Taux ajusté d'hospitalisations à la suite d'une blessure, pour 100 000 habitants	2012-2013	483	599	388	505	442	478	573	541	661	675	667	467	766	609	678	515	–	–	–
Proportion des personnes de 12 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de diabète, en %	2013	8,1	7,1	6,9	4,7	6,6	8,2	7,7	6,7	7,8	7,2	8,7	6,6	6,2	–	11,5	7,2	–	–	–
Années potentielles de vie perdues pour les traumatismes non intentionnels, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	2009 à 2011	446	584	310	631	249	470	444	443	684	668	586	552	929	784	535	464	1490	3448	931
Taux ajusté de mortalité par cancer, pour 100 000 habitants	2009 à 2011	220	211	221	210	216	250	241	227	223	235	225	246	257	275	270	227	253	436	226
Années potentielles de vie perdues par cancer, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	2009 à 2011	1558	1617	1576	1422	1488	1800	1758	1609	1531	1546	1722	1769	1826	2040	1787	1627	2378	2356	1944
Taux ajusté de mortalité par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants	2009 à 2011	166	164	178	152	138	166	175	174	182	166	174	191	185	150	201	171	171	206	161
Années potentielles de vie perdues par maladies du système circulatoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	2009 à 2011	592	546	717	497	472	602	692	631	718	660	711	826	713	617	753	651	783	1485	1065
Taux ajusté de mortalité par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants	2009 à 2011	62,6	57,9	61,2	62,4	52,6	76,3	66,9	58,7	79,3	68,0	71,4	67,3	65,6	71,7	70,0	63,7	91,7	208,0	140,6
Années potentielles de vie perdues par maladies du système respiratoire, pour 100 000 habitants de 0 à 74 ans	2009 à 2011	149	175	172	134	106	173	155	155	221	170	214	214	186	267	159	168	–	–	–
TOTAL SANTÉ GLOBALE, en % d'atteinte de la balise										74,6 %	78,6 %	74,3 %	75,6 %	72,9 %	70,3 %	77,2 %	81,5 %	51,8 %		

* Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

– Données non disponibles

Valeur se distinguant favorablement de la moyenne

Valeur se distinguant défavorablement de la moyenne

CONCLUSION

Le présent rapport porte un regard sur la performance du système de santé et de services sociaux du Québec. On y compare le Québec avec les autres provinces canadiennes et, lorsque les données le permettent, avec des pays de l'OCDE. Le rapport présente aussi la performance des régions sociosanitaires du Québec en mettant en évidence les comparaisons interrégionales. Un regard croisé de différentes dimensions de la performance permet d'apporter un éclairage sur certains enjeux du système et fournit des leviers potentiels d'action.

Le système de santé et de services sociaux québécois présente depuis plusieurs années des résultats favorables pour plusieurs des dimensions de la performance. C'est le cas pour la qualité technique, l'efficacité d'utilisation et l'efficacité populationnelle. L'accessibilité aux soins et services est relativement bonne, mais l'accès à un médecin demeure problématique. Le Québec fait aussi face à plusieurs défis. De façon récurrente, les préoccupations liées à l'utilisation des technologies informatiques par les médecins sont souvent évoquées. La faible utilisation de ces technologies place le Québec au dernier rang des provinces canadiennes.

D'année en année, le Commissaire raffine ses analyses et sélectionne les meilleures informations disponibles pour procéder à une appréciation plus juste de la performance du système de santé et de services sociaux québécois. L'objectif central de cet ouvrage est de fournir aux gestionnaires et aux décideurs de l'information pertinente pour la prise de décision. Il vise aussi à informer la population générale à l'égard de la performance de son système. C'est grâce aux acteurs du réseau que le Commissaire pourra continuer de bonifier son analyse en gardant toujours la perspective que la population puisse bénéficier d'un système de santé et de services sociaux qui répond à ses besoins et à ses attentes.

Tableau 17

RÉSULTATS DE BALISAGE PROVINCIAUX EN FONCTION DES BALISES INTERNATIONALES*

FONCTIONS	DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	INDICATEURS**		ALLEMAGNE	AUSTRALIE	CANADA	ÉTATS-UNIS	FRANCE	NOUVELLE-ZÉLANDE	PAYS-BAS	QUÉBEC	ROYAUME-UNI	SUÈDE
Adaptation	Disponibilité des ressources	Capacité humaine	Taux de médecins, pour 1 000 habitants	Donnée 2011	4,18	3,53	2,44	2,60	3,31	2,65	3,13	2,30	–	4,13
				Résultat de balisage	100,0%	100,0%	69,9%	74,5%	94,9%	76,0%	89,7%	65,9%	–	100,0%
			Taux de pharmaciens, pour 100 000 habitants	Donnée 2011	72	92	93	87	112	73	26	95	–	83
				Résultat de balisage	76,9%	98,2%	99,3%	92,9%	100,0%	77,9%	27,8%	100,0%	–	88,6%
		Capacité matérielle	Taux d'appareils en imagerie par résonance magnétique (IRM), pour 1 000 000 habitants	Donnée 2012	–	15,0	8,8	34,5	8,7	11,1	11,8	11,2	6,8	–
				Résultat de balisage	–	97,5%	57,3%	100,0%	56,2%	71,8%	76,8%	72,9%	44,2%	–
			Taux d'appareils en tomodensitométrie (TDM), pour 1 000 000 habitants	Donnée 2011	–	44,3	14,6	40,9	12,5	15,4	12,5	16,6	8,1	–
				Résultat de balisage	–	100,0%	60,5%	100,0%	52,1%	64,2%	52,0%	69,0%	33,5%	–
	Ajustement aux besoins de la population	Facilité d'entrée	Proportion des personnes de 55 ans et plus qui affirment qu'il était très difficile ou assez difficile d'obtenir des soins médicaux après les heures normales de travail, en %	Donnée 2014	27,7	34,8	51,3	39,8	23,5	25,5	8,4	59,8	25,6	37,0
				Résultat de balisage	100,0%	83,4%	56,5%	72,9%	100,0%	100,0%	100,0%	48,5%	100,0%	78,5%
Production	Qualité technique	Sécurité des soins	Taux de procédures au cours desquelles un corps étranger a été laissé dans l'organisme, pour 100 000 sorties médicales et chirurgicales chez les patients de 15 ans et plus	Donnée 2011	5,5	8,6	8,6	4,1	6,2	10,6	–	13,2	5,5	4,6
				Résultat de balisage	79,1%	50,6%	50,6%	100,0%	70,2%	41,0%	–	33,0%	79,1%	94,6%
			Taux de cas de septicémie postopératoire, pour 100 000 sorties chirurgicales chez les patients de 15 ans et plus	Donnée 2011	657	1052	615	527	964	1068	–	435	716	1427
				Résultat de balisage	73,2%	45,7%	78,1%	91,3%	49,8%	45,0%	–	100,0%	67,1%	33,7%
	Globalité	Globalité des services	Proportion des personnes de 65 ans et plus vaccinées contre l'influenza durant la dernière année, en %	Donnée 2011	56,1	74,6	64,4	66,9	55,2	65,5	74,0	56,9	74,0	64,0
				Résultat de balisage	80,3%	100,0%	92,1%	95,7%	79,0%	93,7%	100,0%	81,4%	100,0%	91,6%
			Pourcentage des femmes de 50 à 69 ans qui ont déclaré avoir subi une mammographie au cours des deux dernières années	Donnée 2012-2013	68,4	–	72,2	80,4	75,4	76,5	85,6	74,4	–	–
				Résultat de balisage	88,4%	–	93,3%	100,0%	97,4%	98,8%	100,0%	96,1%	–	–
			Pourcentage des femmes de 20 à 69 ans qui ont déclaré avoir subi un test de Papanicolaou (test Pap) au cours des trois dernières années	Donnée 2012-2013	78,7	–	73,4	85,0	71,1	–	64,8	67,5	–	–
				Résultat de balisage	100,0%	–	100,0%	100,0%	96,8%	–	88,3%	91,9%	–	–

Tableau 17 (suite)

RÉSULTATS DE BALISAGE PROVINCIAUX EN FONCTION DES BALISES INTERNATIONALES*

FONCTIONS	DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	INDICATEURS**			ALLEMAGNE	AUSTRALIE	CANADA	ÉTATS-UNIS	FRANCE	NOUVELLE-ZÉLANDE	PAYS-BAS	QUÉBEC	ROYAUME-UNI	SUÈDE
Production	Continuité et coordination	Perception des usagers de la coordination	Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé qui ont expérimenté un bon niveau de coordination entre les spécialistes et les médecins de famille, en %	Donnée	2011	60	76	73	77	58	82	77	57	92	60
				Résultat de balisage		66,7%	84,4%	81,1%	85,6%	64,4%	91,1%	85,6%	63,3%	100,0%	66,7%
			Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont expérimenté un bon niveau de transfert d'informations du spécialiste au médecin de famille, en %	Donnée	2014	71	87	74	82	96	87	84	50	82	77
				Résultat de balisage		78,9%	96,7%	82,2%	91,1%	100,0%	96,7%	93,3%	55,6%	91,1%	85,6%
			Proportion des personnes de 55 ans et plus qui ont expérimenté un bon niveau de transfert d'informations du médecin de famille au spécialiste, en %	Donnée	2014	88	91	86	88	98	93	95	74	88	90
				Résultat de balisage		97,8%	100,0%	95,6%	97,8%	100,0%	100,0%	100,0%	82,2%	97,8%	100,0%
			Proportion des personnes de 55 ans et plus qui rapportent que l'hôpital a pris des dispositions pour assurer un suivi à leur sortie de l'hôpital, en %	Donnée	2014	68	83	80	87	74	88	66	82	85	69
				Résultat de balisage		78,4%	95,7%	92,3%	100,0%	85,4%	100,0%	76,1%	94,6%	98,0%	79,6%
			Proportion des personnes qui ont été hospitalisées ou qui ont eu une opération chirurgicale ayant bénéficié d'une bonne coordination des soins à leur sortie de l'hôpital, en %	Donnée	2011	34	43	48	72	23	48	35	39	73	29
				Résultat de balisage		63,2%	79,9%	89,2%	100,0%	42,7%	89,2%	65,0%	72,4%	100,0%	53,9%
			Proportion des personnes présentant les plus grands besoins de santé qui relèvent qu'un médecin de famille coordonne toujours ou souvent leurs soins, en %	Donnée	2011	50	45	68	70	42	62	47	51	77	51
				Résultat de balisage		66,1%	59,5%	89,9%	92,6%	55,6%	82,0%	62,2%	67,5%	100,0%	67,5%
			Proportion des personnes de 55 ans et plus qui indiquent qu'un médecin de famille ou le personnel du cabinet les aide toujours ou souvent à organiser ou à coordonner leurs soins, en %	Donnée	2014	48	73	73	74	56	66	35	63	76	33
				Résultat de balisage		63,2%	96,1%	96,1%	97,4%	73,7%	86,8%	46,1%	82,9%	100,0%	43,4%
Atteinte des buts	Efficacité d'utilisation	Mortalité hospitalière	Pourcentage de décès à l'hôpital dans les 30 jours suivant l'admission, pour les patients de 45 ans et plus ayant reçu un diagnostic principal d'accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique	Donnée	2011-2012	6,7	10,0	9,7	4,3	8,5	8,5	7,5	10,9	10,4	6,4
				Résultat de balisage		86,6%	58,0%	59,6%	100,0%	68,2%	68,2%	77,3%	53,5%	55,8%	90,6%
			Pourcentage de décès à l'hôpital dans les 30 jours suivant l'admission, pour les patients de 45 ans et plus ayant reçu un diagnostic principal d'infarctus aigu du myocarde	Donnée	2011-2012	8,9	4,8	5,7	5,5	6,2	4,5	6,8	6,2	7,8	4,5
				Résultat de balisage		51,7%	95,8%	80,6%	83,6%	74,2%	100,0%	67,6%	74,1%	59,0%	100,0%
	Efficacité populationnelle	Morbidité et mortalité infantile	Proportion des naissances de faible poids, en %	Donnée	2011	6,9	6,3	6,1	8,1	6,5	5,9	6,6	5,6	7,0	4,4
				Résultat de balisage		76,8%	84,1%	86,9%	65,4%	81,5%	89,8%	80,3%	94,6%	75,7%	100,0%
	Satisfaction globale	Satisfaction de la population	Proportion des médecins considérant que le système de santé fonctionne assez bien dans son ensemble, en %	Donnée	2012	22	45	40	15	37	53	55	27	46	–
				Résultat de balisage		47,8%	97,8%	87,0%	32,6%	80,4%	100,0%	100,0%	58,7%	100,0%	–
			Proportion des personnes de 55 ans et plus considérant que le système de santé fonctionne bien dans son ensemble, en %	Donnée	2014	46	51	35	22	41	49	44	23	56	44
				Résultat de balisage		95,2%	100,0%	72,4%	45,5%	84,8%	100,0%	91,0%	47,6%	100,0%	91,0%

* Les indicateurs présentés sont ceux pour lesquels il est possible de comparer la donnée provinciale aux données internationales.

** Pour chacun des indicateurs, les définitions et les sources utilisées sont disponibles dans le site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être (www.csbe.gouv.qc.ca).

MÉDIAGRAPHIE

COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA, ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE et COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA (2015). *Sondage national des médecins. 2014 Résultats des médecins par province/territoire – Tous les résultats*, [En ligne], [http://nationalphysiciansurvey.ca/fr/surveys-fr/12076-2/12097-2/] (Consulté le 10 avril 2015).

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2015). *Perceptions et expériences de soins des personnes de 55 ans et plus : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2014*, Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2014a). *La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2014 – Résultats et analyses*, Québec, Gouvernement du Québec, 107 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2014b). *Document méthodologique de l'analyse globale et intégrée de la performance*, Québec, Gouvernement du Québec, 224 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2013). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 139 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2010). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010 – Adopter une approche intégrée de prévention et de gestion des maladies chroniques : recommandations, enjeux et implications*, Québec, Gouvernement du Québec, 164 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2009). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2009 – Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée : recommandations, enjeux et implications*, Québec, Gouvernement du Québec, 136 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (site Internet-a). *Comparaisons internationales : regard sur la qualité des soins – Pays semblables*, [En ligne], [http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/documentfull/health+system+performance/indicators/international/oecd_etool_peers] (Consulté le 10 avril 2015).

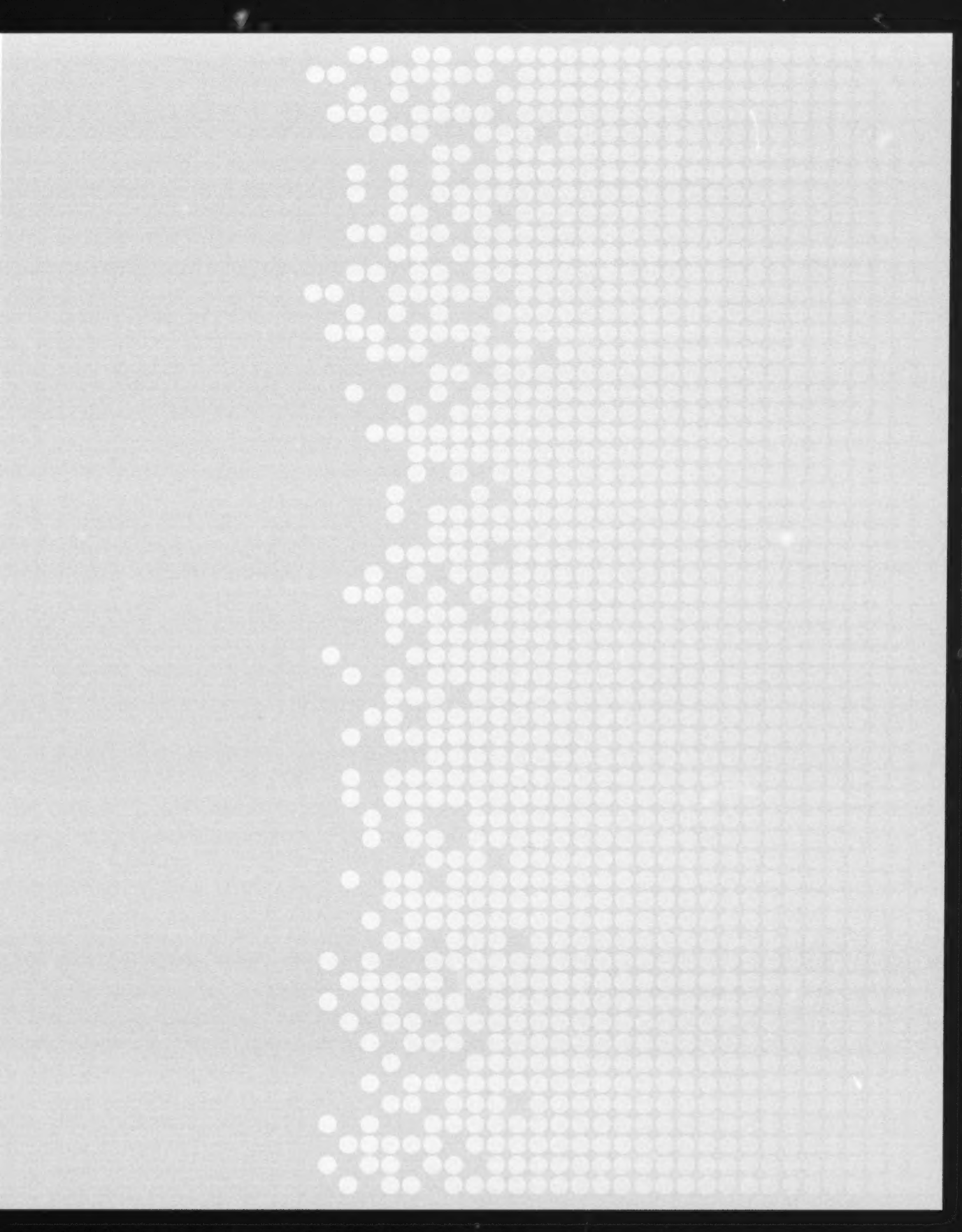
INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (site Internet-b). *Indicateurs de santé 2011 – Figure 1*, [En ligne], [http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/document/health+system+performance/indicators/health/release_24may12_fig1] (Consulté le 10 avril 2015).

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2015). *Enquête internationale de 2014 auprès des adultes âgés sur les politiques de santé du Fonds du Commonwealth*, [En ligne], [http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/documentfull/health+system+performance/indicators/international/commonwealth_2014] (Consulté le 6 février 2015).

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) (2015). *Le Québec chiffres en main, édition 2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 72 p.

PRADA, G., K. GRIMES et I. SKLOKIN (2014). *Définir la viabilité en matière de santé et de soins de santé*, Ottawa, Le Conference Board du Canada, 78 p.

WOLD, S., M. SJÖSTRÖM et L. ERIKSSON (2001). « PLS-regression: a basic tool of chemometrics », *Chemometrics and Intelligent Laboratory Systems*, vol. 58, n° 2, p. 109-130.



Commissaire
à la santé
et au bien-être
Québec